



## **4º Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização

**Pessoa em Situação Crítica**

### **Cuidados de Enfermagem Especializados à Criança Grande Queimada**

**Vânia Raquel Martins Ribeiro**

**2015**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





## **4º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**  
**Pessoa em Situação Crítica**

**Cuidados de Enfermagem Especializados à**  
**Criança Grande Queimada**

**Vânia Raquel Martins Ribeiro**

**Orientador: Professor Doutor: Jorge Ferreira**

**2015**





“Porém, seja o que for:  
Mude-se, por meu dano, a Natureza;  
Perca a inconstância Amor;  
A Fortuna inconstante ache firmeza;  
E tudo se conjure contra mi,  
Mas eu firme estarei no que empreendi.”

*Luis de Camões, 1953, p. 306*



*À Sra. Maria Leonor Ribeiro, minha mãe  
Pelo apoio e carinho sempre presentes.*





## **AGRADECIMENTOS**

No percurso imenso e inimaginável como aquele que decalquei, é impossível chegar a bom porto sem uma ajudinha aqui e ali, de quem sabe, de quem gosta e de quem se importa.

Assim, não podia deixar de agradecer a boa vontade de todos aqueles que me deram uma mãozinha, aqui e ali.

Muito obrigado a todos os enfermeiros e demais profissionais que amavelmente se disponibilizaram para me apoiar e ajudar em diversos momentos, com um especial agradecimento ao Sr. Enfermeiro Luis, ao Sr. Enfermeiro Amilcar, à Sra. Enfermeira Frutuosa e à Sra. Enfermeira Filomena, que disponibilizaram do seu conhecimento e da sua paciência para tomarem o lugar de orientadores do meu estágio.

Como não podia deixar de ser quero também deixar aqui expresso o meu agradecimento à equipa de docentes do curso, que sem exceção, estiveram sempre presentes e disponíveis para a resolução das questões e dúvidas que persistiram em aparecer mesmo até ao último instante, com um especial apontamento ao Professor Jorge Ferreira pela orientação e apoio incondicional ao longo de todo o estágio e processo de elaboração deste relatório.

Por fim, mas não por qualquer razão especial, agradeço aos meus colegas, amigos e família, que sofreram não só as minhas dores mas também as que lhes causei, durante este período de desconstrução e construção pessoal e profissional, que tanto gozo me deu.

Porque obrigado é mesmo a palavra... assim vos agradeço...

...OBRIGADO!



## LISTA DE SIGLAS

ABC – *Air, Breathing, Circulation*

APQ – Associação Portuguesa de Queimados

ASQ – Área de Superfície Queimada

ASQ% - Percentagem de Área de Superfície Queimada

BOP – Bloco Operatório Pediátrico

CH – Centro Hospitalar

CMEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EC – Ensino Clínico

EUA – Estados Unidos da América

IDEIA – mnemónica da *check-list* cirúrgica: Identificação, Diagnóstico, Especificidades anestésicas, Intervenção cirúrgica, Avaliação final.

IQEIA – mnemónica da *check-list* cirúrgica: Identificação, Queimadura, Especificidades anestésicas, Intervenção Cirúrgica, Avaliação final.

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PNS – Plano Nacional de Saúde

RACSPQ – Reunião Anual Científica da Sociedade Portuguesa dos Queimados

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

TAP – Triângulo de Avaliação Pediátrico

TIME – Tissue/Tecido, infection/infeção, Moisture/humidade, Edge/epitélio.

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

UQ – Unidade de Queimados

UQA – Unidade de Queimados Pediátricos

UQP – Unidade de Queimados Pediátrica

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Triagem: nível de gravidade vs. tempo de espera .....35

Tabela 2 - nível de gravidade vs. tempo de reavaliação .....35

## RESUMO

O grande queimado é por definição um doente crítico, requer cuidados diferenciados e complexos que se traduzem num desafio para os prestadores de cuidados, requerendo elevada competência profissional multidisciplinar. A criança grande queimada consta desta definição, abarcando uma família que requer cuidados do mesmo nível de exigência, a um nível de complexidade diferente. Um cuidado de excelência requer uma adequada formação e preparação do enfermeiro e veículos de informação eficazes, que fomentam a segurança da criança e a qualidade dos cuidados especializados.

Os objetivos do relatório caracterizam-se por 1) abordar o enquadramento da prática de enfermagem no modelo dos sistemas de Betty Neuman, 2) espelhando o caminho trilhado ao longo dos estágios, na construção da proposta de atuação e registo de cuidados de enfermagem à criança grande queimada, culminando na sua aprovação e implementação, 3) retratando os resultados obtidos através das atividades efetuadas 4) e pela reflexão crítica inerente a prática, baseada nas competências do mestrado na área de especialização em enfermagem da pessoa em situação crítica, preconizadas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e pelas competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

Com base nas necessidades identificadas no bloco operatório pediátrico, visando a melhoria da qualidade dos cuidados à criança grande queimada, foi elaborada uma proposta de instrumento de atuação e registo de enfermagem, baseados nas aprendizagens e competências desenvolvidas no âmbito dos cuidados especializados à criança e pessoa grande queimada nos contextos: Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Serviço de Urgência Pediátrica, Bloco Operatório Pediátrico e Unidade de Queimados de adultos de um Centro Hospitalar, em Lisboa, Portugal bem como XII Reunião Anual Científica da Sociedade Portuguesa de Queimados e da 9as Jornadas do Doente Crítico.

**Palavras-Chave:** Criança grande Queimada, Competências, Cuidados de Enfermagem Especializados, Segurança do Doente; Qualidade de Cuidados de Saúde.

## ABSTRACT

The severe burned patient is by definition a critical care patient, so he will require intensive care, which are very complex and often constitute a challenge for the staff, which makes a high standard in nurses' competence, extremely important. A severely burned child fits this description, taking on also a family which require the same kind of demanding care, in a different level of complexity. A high standard nursing care requires adequate professional instruction, preparation and the adequate communication resources so that security of the patient and quality of the specialized care are provided for.

The goals of this report are: 1) approaching nursing in light of Betty Neuman Systems Model; 2) illustration of the journey that was made in order to construct the nursing diary instrument proposal and the practice orientation proposal for severe burned child nursing care, achieve its approval and implementation.; 3) achieved results; 4) Critical thinking about the nursing practice, using the skills of master's degree for specialized nursing in critical care patient designated by the Nursing Superior School of Lisbon and the common skills of specialized nurses as well as the skills of the specialized in critical care patient nurses designated by the Nurse's Order.

Using the necessities that were identified at the pediatric operating theater, which satisfaction is important to the upgrade in severe burn child health care quality, was elaborated a nursing diary instrument proposal and the practice orientation proposal for severe burned child nursing care. These instruments were constructed upon the knowledge and developed skills among the nursing care at a Lisbon Hospital Pediatric Intensive Care, Pediatric Emergency Room, Pediatric Operating Theater and Burn Unit, as well as at XII Scientific Annual Reunion of the burn Portuguese Society and 9<sup>th</sup> Symposium of the Critical Care Patient.

**Key-words:** Severe Burned Child, Skills; Specialized Nursing Care, Patient Security, Health Care Quality

## ÍNDICE

Introdução .....	11
1. Enquadramento Teórico .....	15
1.1. Pessoa em situação crítica vítima de queimadura .....	15
1.2. Criança grande queimada e os cuidados de enfermagem especializados.....	16
1.3. A importância do registo dos cuidados e da transferência de informação .....	25
2. Implementação do Projeto .....	27
2.1. Diagnóstico da Situação .....	27
2.2. Contextos, objetivos definidos e atividades desenvolvidas .....	29
2.2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica.....	29
2.2.2. Serviço de Urgência Pediátrica .....	32
2.2.3. Unidade de Queimados .....	36
2.2.4. Bloco Operatório Pediátrico .....	38
3. Resultados .....	40
4. Discussão e Conclusão .....	44
4.1. Desenvolvimento de competências e implicações para a prática ....	44
4.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal .....	44
4.1.2. Melhoria Continua da Qualidade .....	44
4.1.3. Gestão dos Cuidados.....	46
4.1.4. Desenvolvimento da aprendizagem profissional .....	46
4.1.5. Cuidados à Pessoa em Situação Crítica .....	47
4.2. Limitações .....	48
4.3. Conclusão e Reflexão finais sobre o percurso efetuado .....	49
5. Referências Bibliográficas.....	50
Apêndices	
Apêndice I – Cronograma de atividades	
Apêndice II – Objetivos, atividades e competências a desenvolver em estágio	
Apêndice III – Caracterização da UCIP	
Apêndice IV – Plano de sessão da formação na UCIP	
Apêndice V – Formação na UCIP	

Apêndice VI – Avaliação da Formação na UCIP

Apêndice VII – Plano de Cuidados e processo de Enfermagem segundo Modelo de Sistema de Betty Neuman

Apêndice VIII – Reflexão Crítica: A Morte em Cuidados Intensivos

Apêndice IX – Reflexão Crítica: Dor na UCIP

Apêndice X – Reflexão Crítica: Os pais enquanto companheiros nos cuidados

Apêndice XI – Reflexão Crítica: Comunicação e apoio emocional

Apêndice XII – Caracterização do SUP

Apêndice XIII – Proposta de Instrução de Trabalho: Abordagem do Queimado no SUP

Apêndice XIV – Plano de Sessão de Formação no SUP

Apêndice XV – Formação no SUP

Apêndice XVI – Avaliação da Formação no SUP

Apêndice XVII – Reflexão crítica: Prevenção em situações críticas vs. Culpa

Apêndice XVIII – Reflexão Crítica - Gestão de conflitos

Apêndice XIX – Caracterização da UQ

Apêndice XX – Reflexão Crítica: Cuidados de enfermagem especializados à pessoa grande queimada numa UQ, que benefícios?

Apêndice XXI – Proposta de atuação - *Checklist* IQEIA

Apêndice XXII – Proposta de Folhas de Registo

Apêndice XXIII – Proposta de Dossier: Projeto de Queimados

Apêndice XXIV – Plano de Sessão da formação no BOP

Apêndice XXV – Formação no BOP

Apêndice XXVI – Avaliação da formação no BOP

## Anexos

Anexo I – Regra dos “9”

Anexo II – Escala de avaliação da profundidade da queimadura

Anexo III – Índice de Clark

Anexo IV – Formula de Parkland

Anexo V – Projeto IDEIA

Anexo VI – XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimados

Anexo VII – 9<sup>as</sup> Jornadas do Doente Crítico



## INTRODUÇÃO

Com a elaboração deste documento é pretendida a consecução do Relatório de Estágio, que no contexto da “Unidade Curricular Estágio com Relatório” visa o relatar das experiências vivenciadas em Estágio e por conseguinte as competências desenvolvidas, por forma facultar a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, através da sua discussão pública.

O caminho trilhado em estágio foi guiado pelo projeto desenhado *a priori*, e amparado pelo meu desenvolvimento enquanto enfermeira, licenciada no ano de 2008 e que desempenha funções de enfermeira perioperatória desde então, tendo por base o conhecimento adquirido enquanto enfermeira licenciada bem como os objetivos e competências propostos pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa para o ciclo de estudo do mestrado em enfermagem na área de especialização pessoa em situação crítica (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), os descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação (Direção Geral do Ensino Superior, 2008), as competências Comuns do Enfermeiro Especialista (*Regulamento n.º 122/2011 de 29 de Maio da Assembleia Geral, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, 2011), as Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica (*Regulamento n.º 124/2011 de 20 de Novembro da Assembleia Geral, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*, 2010).

O meu local de trabalho atual contribui com uma grande motivação para abordar da temática da criança grande queimada, uma vez que por ausência de uma unidade de queimados pediátricos, apesar de se tratar de um centro hospitalar de referência nesta área, a criança vítima de queimadura desloca-se duas a três vezes por semana ao Bloco Operatório Pediátrico (BOP), para a realização de pensos e outras intervenções cirúrgicas. Assim, constatei ao longo dos anos, de forma empírica e através de projetos profissionais, que existe necessidade de melhorias nesta área.

Desta forma, o contributo major, do desenvolvimento do meu estágio, para a prática profissional, foi a elaboração da proposta de atuação e do instrumento

de registo de enfermagem para os cuidados ao doente queimado, no BOP que se traduziram na elaboração de uma proposta de folha de registo dos cuidados de enfermagem perioperatório ao doente queimado no BOP, numa *check-list* de *Hand-over*, ou seja, de passagem de informação do doente queimado para o período pós-operatório e num *dossier* que compila evidência científica sobre os cuidados ao doente queimado, que pode ser consultado pela equipa de enfermagem no BOP constituindo-se um instrumento para a promoção de uma prática de enfermagem baseada na evidência (Apêndices XXI, XXII, XIII).

O doente queimado é por definição um doente crítico (Vale, Estrada, & Vasconcelos, 2000) e o cuidar de um grande queimado requer altos investimentos por parte dos profissionais que os cuidam. Assim verifica-se oportuna a intervenção ao nível da melhoria dos cuidados (Al-mousawi, Mecott-rivera, Jeschke, & Herndon, 2009).

Surge-se assim pertinente, o meu projeto, tendo sustentado o desenvolver do meu estágio, contemplando o objetivo major de desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança grande queimada, no seu percurso hospitalar.

Para o estágio efetuado, nos diversos locais defini os seguintes objetivos de acordo com a teoria dos sistemas de Betty Neuman:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança grande queimada, antecipando instabilidade e risco de falência orgânica.
- Desenvolver competências na prevenção e controlo da infeção na criança grande queimada.
- Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança grande queimada nas perturbações do foro emocional e psicológico.
- Reconhecer o percurso da criança grande queimada, num hospital especializado na criança queimada.
- Promover ações de formação dos enfermeiros do BOP de um CH de referência da cidade de Lisboa, acerca da prestação de cuidados de enfermagem à criança queimada, e proposta de documento de registo dos cuidados de enfermagem prestados no bloco operatório, à criança queimada, promovendo a continuidade dos cuidados.

A enfermagem em pediatria envolve o cuidado da criança e da família, em diversas dimensões, incluindo promoção da saúde e prevenção da doença, bem como criação e utilização de estratégias de *coping* da criança e família perante a separação e perda (American Burn Association, 2001). A criança grande queimada e a sua família, estão sujeitas a diversos *stressores*, de cariz intrapessoal, interpessoal e extrapessoal, que vão interferir na estabilidade do sistema da criança e na capacidade de resistência, reação e recuperação da mesma (Neuman, 2011).

O objetivo major dos cuidados de enfermagem perante um sistema instável, passa por recuperar uma situação de estabilidade, através de uma avaliação rigorosa dos efeitos e possíveis efeitos dos *stressores* ambientais, e do apoio no ajustamento necessário para atingir o nível de saúde desejável (Neuman, 2011).

O estágio foi composto na sua totalidade por 650 horas, sendo que 25 horas foram devotas a orientação tutorial, 225 horas foram dedicadas a trabalho autónomo e 400 horas utilizadas em estágio, na prestação de cuidados diretos a crianças e adultos em situação crítica, preferencialmente vítimas de queimadura grave.

De forma a dar resposta aos objetivos espelhados no projeto, o estágio constitui-se em quatro Ensinos Clínicos (EC):

1. EC1 – decorreu durante oito semanas de 6 de Outubro até 30 de Novembro de 2014, e teve lugar na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) de um Centro Hospitalar (CH) de referência na cidade de Lisboa, durante o decorrer do EC1, participei na XXI Reunião Anual Científica da Sociedade Portuguesa de Queimaduras (RACSPQ), com o intuito de atualização de conhecimentos na área do cuidar do queimado para enriquecimento pessoal e formação dos enfermeiros da UCIP, Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e BOP.
2. EC2 – decorreu de 3 de Novembro a 19 do mesmo mês de 2014, no SUP do mesmo CH.
3. EC3 – decorreu no mês de Janeiro de 2015, na Unidade de Queimados (UQ) do mesmo centro hospitalar, durante este período participei nas 9as Jornadas do doente crítico com o intuito de atualização de conhecimentos na área do cuidar do doente crítico, para enriquecimento pessoal.

4. EC4 – decorreu nas duas primeiras semanas de Fevereiro de 2015, no BOP do mesmo CH, sendo este o meu local de trabalho.

Estes EC já estavam contemplados no projeto e incluídos no respetivo cronograma, sendo que existia também a ambição de estagiar num CH diferente, mas não tendo obtido autorização para tal não foi possível desenvolver as atividades inerentes ao mesmo. No que diz respeito aos restantes EC foram desenvolvidas as atividades previstas em projeto sendo que foram necessárias algumas adaptações.

Este documento organiza-se em cinco capítulos (Azevedo, 2011):

- Introdução que apresenta sucintamente o problema e a sua contextualização e os objetivos delineados para o estágio;
- Enquadramento Teórico – reúne a descrição da base teórica imprescindível para a desconstrução e compreensão da problemática para a qual se verifica a importância da revisão bibliográfica;
- Implementação do Projeto – compreende a explicitação e justificação da metodologia e instrumentos utilizados;
- Resultados – informação sobre as respostas em relação às questões empíricas formuladas no projeto;
- Discussão e Conclusão – constitui uma reflexão sobre os resultados obtidos, com referência as limitações do trabalho desenvolvido e considerações para a prática relativamente à melhoria da qualidade e da gestão dos cuidados especializados de enfermagem.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo visa reunir a descrição da base teórica utilizada, imprescindível para a desconstrução e compreensão da problemática da criança grande queimada e os cuidados de enfermagem especializados, para a qual se verifica o valor da revisão bibliográfica.

### 1.1. Pessoa em situação crítica vítima de queimadura

Uma definição de pessoa em situação crítica pode ser: a pessoa “em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008; *Regulamento n.º 124/2011 de 20 de Novembro da Assembleia Geral, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*, 2010).

O doente “gravemente queimado inclui-se na definição de doente crítico” (Pais, 2012, p. 24) e a criança grande queimada é definida como criança com “grande labilidade hidroeletrólítica, que justifica internamento numa unidade de cuidados intensivos (UCI) até à sua estabilização” (Vale et al., 2000, p. 427),

Epidemiologicamente sabe-se que nos Estados Unidos da América (EUA) ocorrem cerca de 120000 casos de queimadura em crianças por ano com necessidade de tratamento num serviço de urgência. (D’Souza, Nelson, & McKenzie, 2009) e segundo Silva, Amarante, Costa -Ferreira, Silva & Reis (2003) citados por Francisco et al., (2013), o número de doentes portugueses queimados é elevado, com uma incidência estimada de 21,4/100000 (pacientes hospitalizados/100000 habitantes por ano).

## **1.2. Criança grande queimada e os cuidados de enfermagem especializados**

As “Queimaduras são lesões comuns, a maioria de pequena extensão com tratamento simples e de evolução cicatricial rápida, no entanto existem outras queimaduras que exigem tratamentos intensivos e de reabilitação” (Pais, 2012, p. 2). A informação sobre a história e condições no qual ocorre a lesão do doente queimado, é muito importante para uma correta avaliação e tratamento. Desde o início do incidente, no qual podem ocorrer lesões na tentativa de fuga ao fogo, como por exemplo quedas por colapso de estruturas ou explosões que arremessem o doente, que podem provocar fraturas e lesões internas e multiorgânicas, até ao momento em que sucedeu a queimadura. A ocorrência de queimadura em espaço fechado deve criar a suspeita de lesão por inalação (American College of Surgeons, 2012).

Para além do conhecimento do *timing* e condições de ocorrência da lesão, deve-se assim que possível obter a história clínica da criança se esta se encontrar consciente e capaz ou através da família, questionando sobre doenças preexistentes, medicação habitual, possíveis alergias e imunização (American College of Surgeons, 2012).

De acordo com American College of Surgeons (2012), existem diversos tipos de queimadura, como:

- Queimadura por frio, que é muito invulgar no nosso contexto devido ao clima ameno, característico do nosso país.
- Queimadura química: Pode resultar da exposição a ácidos, bases ou derivados do petróleo. Sendo as mais sérias as provocadas por bases, pois penetram mais profundamente. Este tipo de queimaduras é influenciado pela duração de contacto, concentração e quantidade do químico. Por isso deve-se remover o produto químico com água em abundância, em duche ou mangueira, de 20 a 30 minutos. Se a causa for uma base a irrigação deve ser mais prolongada. Na presença de pó seco, remover mecanicamente primeiro antes da irrigação com água.
- Queimaduras elétricas: Normalmente são mais graves do que visivelmente aparentam. Devido à condução difusa da energia elétrica e calor gerado, as diferentes velocidades de perda de calor por parte dos

tecidos superficiais e profundos, caracteriza-se por uma pele aparentemente normal mas com necrose muscular profunda, do qual pode resultar rabdomiólise e consequente insuficiência renal aguda.

Tal como diversas teóricas de enfermagem Neuman desenvolveu instrumentos de avaliação e intervenção, que permitem ao enfermeiro determinar os stressores de um cliente, identificar resultados esperados e intervenções de prevenção, mas ao desenvolver o instrumento de abordagem neonatal/família, destacou-se na área da pediatria (Trépanier, Dunn & Sprague, 1995 citados por Betty Neuman, 2011) e demonstra uma adaptação das variáveis à pediatria, uma vez que uma criança é infinitamente diferente de um adulto. A enfermagem em pediatria consiste em cuidar da criança e da sua família em diversos contextos (American Nurses Association and the society of Pediatric Nursing (ANA/SPN), 2003 citada por Betty Neuman, 2011). De acordo com o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman, o objetivo da enfermagem pediátrica é cuidar da criança e da sua família, no conservar, alcançar e/ou gerir a estabilidade ótima do sistema, ou seja, estado de saúde ótimo (Betty Neuman, 2011).

As crianças com menos de 3 anos são as que apresentam maior risco de queimadura, uma vez que são curiosas e impulsivas e não têm capacidade de avaliação e reconhecimento do perigo. O desconhecimento das características das fases de crescimento das crianças estão muitas vezes na origem da ocorrência de acidentes, sendo que a maioria das queimaduras em idade pediátrica, são queimaduras térmicas por calor e ocorrem em casa, estando muitas vezes relacionado com a confeção de alimentos.

Os locais anatómicos mais comumente afetados são o tronco, ombro, braço e antebraço (Gimeniz-paschoal, 2009).

Segundo o Presidente da Direção da Associação Portuguesa de Queimados (APQ), Celso Cruzeiro, todos os anos “há acidentes com queimaduras que provocam lesões a 1550 pessoas das quais 570, cerca de 38% são crianças” (Araújo, 2010, p. 19). A maioria das crianças que sofre queimaduras encontra-se na faixa etária abaixo dos 6 anos (D’Souza et al., 2009) e num Hospital Pediátrico de Referência em Lisboa, no período compreendido entre Abril de 1991 e Outubro de 2004, verificou-se que o maior número de queimaduras ocorreu no grupo etário dos 1 aos 6 anos (Soares et al., 2007).



Desta forma é lícito dizer que os cuidados de enfermagem ao doente gravemente queimado, sendo um doente crítico, são “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (*Regulamento n.º 124/2011 de 20 de Novembro da Assembleia Geral, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*, 2010, p. 8656).

Os cuidados críticos são caracterizados por uma multiplicidade de stressores que afetam as crianças, família e enfermeiros, e a capacidade de respostas das crianças neste ambiente é amplamente afetada pela sua capacidade de contrariar fatores de *stress* internos e externos. Assim uma vez que a teoria de Neuman enfatiza a importância dos stressores, parece ser especialmente adaptada ao ambiente de cuidados críticos. (Fawcett, Cariello, Davis, Farley, Zimmaco & Watts, 1987, p. 206-207 citados por Betty Neuman, 1995, p. 277).

De acordo com a American College of Surgeons, (2012), a gravidade da situação da criança queimada é avaliada com recurso a diversos métodos, como por exemplo critérios de referenciação:

- Área de Superfície Queimada (ASQ%) parcial ou profunda > 5%:
  - ASQ - Aplica-se como uma regra prática a “regra dos nove”, sendo que no adulto o corpo é dividido em regiões anatómicas que representam 9%, ou múltiplos de 9%, da superfície corporal total. No caso da criança por diferenças nas proporções anatómicas, a cabeça corresponde a uma percentagem maior, enquanto os membros inferiores a uma percentagem menor em relação ao adulto. (Anexo I)
  - Profundidade da queimadura (Anexo II)
- Presença de queimadura inalatória,
- Presença de queimadura circular do tronco ou membros,
- Presença concomitante de trauma ou situação pré-existente,



- Presença de queimadura da face, olhos, ouvidos, mãos, genitais ou pés,
- Presença de queimadura elétrica ou química,
- Suspeita de queimadura não acidental.

Outro aspeto que me despertou à atenção e que me parece pertinente tratar do ponto de vista de uma enfermagem especializada é a abordagem da família, uma vez que

O cuidado de enfermagem à criança queimada está diretamente relacionado à aceitação da família, tendo os pais como parceiros e informantes. (...) as crenças, valores e estilo de vida das famílias influenciam no cuidado de crianças vítimas de queimaduras internadas (...) é imprescindível que o enfermeiro utilize estratégias (...) com o objetivo de cuidar de forma individualizada, criando vínculos com essas crianças e família. (Brito, Damasceno, Pinheiro, & Vieira, 2010, p. 321).

A família, como parte integrante do sistema da criança é indispensável no cuidar da mesma, assim Reed (1982) modificou o instrumento de avaliação original de Neuman adaptando-o a família de forma a aborda-la como um todo, incluindo fatores como estrutura familiar, papéis familiares, percepção da família da situação de saúde da criança bem como a presença adicional de stressores familiares, resistências e recursos (Russell, 2002 citado por Betty Neuman, 2011).

Facto que também é abordado nas competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) sendo que se pressupõe que o EE “Envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas” (*Regulamento n.º 122/2011 de 29 de Maio da Assembleia Geral, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, 2011, p. 8651)

A prestação de cuidados de enfermagem a estas crianças deve ter o seu foco na dimensão física sem descurar a dimensão psicológica, abordando a criança como um todo holístico, incluindo a família como parceiro nos cuidados. O diagnóstico precoce de situações de labilidade emocional é benéfico para a criança e família e proporciona uma reabilitação mais eficiente e rápida (El Hamaoui, Yaalaoui, Chihabeddine, Boukind, & Moussaoui, 2006).

Os focos de interesse para a enfermagem pediátrica são amplos e incluem promoção da saúde e prevenção da doença, através da educação para a saúde das crianças e suas famílias (American Nurses Association and the society of Pediatric Nursing (ANA/SPN), 2003 citada por Betty Neuman, 2011). Ou seja,

trabalha as reações ou potenciais reações aos stressores intrapessoais, interpessoais ou extrapessoais que advêm dos ambientes internos e externos à criança e sua família, sendo que estes stressores podem ser percebidos pela criança e sua familiar como positivos e/ou negativos (Betty Neuman, 2011). A prestação de cuidados de enfermagem com base na teoria dos sistemas de Betty Neuman consiste em três componentes: fazer diagnósticos de enfermagem, estabelecer resultados de enfermagem esperados e avaliar os resultados obtidos. Assim é importante abordar a criança de forma holística, contemplando as cinco variáveis do sistema: fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual, e conhecer as forças, recursos, stressores e resposta aos stressores, para elaborar uma avaliação completa e adequada, facultando uma intervenção otimizada (Betty Neuman, 2011).

“Sendo, hoje em dia, aceite pela comunidade científica que uma intervenção precoce e adequada pode melhorar significativamente o prognóstico dos doentes traumatizados” (*Circular Normativa N°07/DQS/DGQO - Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*, 2010, p. 1) e sabendo que o desempenho do enfermeiro neste âmbito, do doente crítico, é revestido de complexidade (*Circular Normativa N°07/DQS/DGQO - Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*, 2010), “é desejável que, pelo menos uma parte da equipa de enfermagem possua certificação equivalente ou numa especialidade na vertente do doente urgente, (...), nomeadamente que reúna as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de pessoa em situação crítica” (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012, p. 87).

Pode-se categorizar as etapas de tratamento da criança queimada, e de acordo com Gerard Beerthuisen & Magnette, (2013, p. 3) a queimadura é uma situação de trauma complexa, que necessita de terapia multidisciplinar e contínua, cujo objetivo principal é alcançar a ressuscitação no período de emergência e re-epitelização da pele queimada, com posterior otimização da qualidade de vida pós-queimadura.

Estes objetivos são assegurados através das seguintes etapas de tratamento: primeiros socorros, tratamento pré-hospitalar, transporte para centro hospitalar adequado, ressuscitação no período de emergência, renovação da

pele danificada e destruída no período agudo, prevenção e tratamento das complicações, reconstrução cirúrgica e reabilitação somática e psicossocial.

Segundo o Advanced Life Support Group, (2005, p. 22), os princípios gerais de abordagem inicial da criança vítima de queimadura, podem ser definidos por: pedir ajuda, abordar com cuidado, colocar em segurança e efetuar a avaliação ABC – via aérea, ventilação e circulação.

Esta abordagem é igualmente recomendada pelo American College of Surgeons, (2012, p. 231) e por Francisco et al., (2013, p. 151), defendendo também que a aplicação destes princípios podem ajudar a minimizar a morbilidade e mortalidade relacionadas com estes ferimentos.

De acordo com a American College of Surgeons, (2012), a avaliação primária e reanimação do doente queimado constitui-se em:

- Via aérea: História conhecida de incêndio em ambiente fechado, e sinais sugestivos de lesão da via aérea, obrigam a avaliação e tratamento definitivo da mesma. A avaliação pode ser feita utilizando o índice de Clark, tal como descrito pela *Norma 022/2012 da Direção-Geral da Saúde (DGS) - Abordagem Hospitalar das Queimaduras*, 2012 (Anexo III). A lesão térmica da faringe pode produzir edema com comprometimento da permeabilidade, e embora as manifestações clínicas não se revelem frequentemente nas primeiras 24h, a espera por evidências radiológicas de lesão pulmonar e alterações na gasometria arterial podem ditar a incapacidade de intubação e a necessidade de via aérea cirúrgica.
- Ventilação: O tratamento inicial das lesões é feito de acordo com os sinais e sintomas presentes que podem resultar de:
  - Lesão térmica, com o edema e obstrução da via aérea associados.
  - Inalação de produtos de combustão e fumaça tóxica, levando a traqueobronquites químicas, edema e pneumonia.
  - Intoxicação por monóxido de carbono.
- Volume sanguíneo circulante: Nos doentes gravemente queimados a avaliação do volume sanguíneo circulante é difícil, como tal devem ser triadas, de início, outras lesões que provoquem choque hipovolémico, para uma correta reanimação com fluidos e para tratamento da queimadura. Para avaliar o volume sanguíneo circulante a pressão sanguínea é de difícil

monitorização e não muito confiável, pelo que o mais confiável é a cateterização vesical com monitorização horária do débito urinário.

A avaliação secundária e as medidas auxiliares caracterizam-se por:

- Exame físico: estimar a extensão e profundidade da queimadura, avaliar lesões associadas, pesar o doente.
- Documentação: início da folha de registo, e tratamento associado, para uma avaliação da evolução do doente.
- Exames básicos para doentes com queimaduras importantes: hemograma, tipagem, carboxiemoglobina, glicemia, eletrólitos e teste de gravidez para mulheres em idade fértil. Gasometria arterial. Radiografia tórax, ou Radiografia para procura de lesões associadas.
- Manutenção da circulação periférica em queimaduras circunferenciais de extremidades: 1 – remover adornos; 2 – avaliar a circulação distal, presença de cianose, enchimento capilar lento ou sinais de compromisso neurocirculatório; 3 – pode-se aliviar o comprometimento circulatório com escarotomia após consulta do cirurgião; 4 – Em caso de trauma ósseo por esmagamento associado, lesão elétrica de alta voltagem ou queimaduras de tecidos abaixo da aponevrose pode ser necessário fasciotomia.
- Entubação gástrica: deve ser colocada e mantida em drenagem ativa se o doente apresentar náuseas, vômitos, distensão abdominal, ou se a queimadura for superior a 20% da área de superfície corporal.
- Opióides, analgésicos e sedativos: o doente pode estar ansioso e agitado mais devido aos fenómenos de hipoxemia ou hipovolémia do que á dor. Por isso responde melhor a oxigenoterapia e fluidoterapia, do que ao uso de opióides, analgésicos e sedativos que podem até mascarar os sinais de hipoxemia e hipovolémia.
- Cuidados com a ferida: as queimaduras de segundo grau são dolorosas á passagem de corrente de ar sobre a superfície, pelo que se deve cobrir a área queimada com um pano limpo. Não se deve perfurar flitenas nem aplicar agentes antissépticos, existem agentes antibacterianos tópicos apropriados. Não usar compressas frias em queimaduras > 10% da superfície corporal, porque pode causar hipotermia.

Ocorrem várias complicações, sequencialmente a queimaduras nas crianças: “sepsis, falência respiratória, falência cardiovascular e falência multiorgânica” (Francisco et al., 2013, p. 156) “sendo as infecciosas as mais comuns. Vários estudos demonstraram o papel da superfície queimada, a duração da ventilação mecânica, dos cateteres venosos e urinários e do internamento como fatores de risco infeccioso” (Francisco et al., 2013, p. 155), o que requer do enfermeiro a capacidade de coordenar a implementação e manutenção de medidas standardizadas de prevenção e controlo da infeção (*Regulamento n.º 122/2011 de 29 de Maio da Assembleia Geral, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, 2011, p. 8651).

Uma gestão da dor adequada é algo que preocupa tanto os doentes como os prestadores de cuidados, no tratamento dos doentes em serviços de urgência (SU). É referido na literatura, que a gestão da dor em pediatria é percebida pelos prestadores de cuidados em SU, como uma intervenção de difícil execução (Swor, McEachin, Seguin, & Grall, 2004).

O tratamento da dor em situação de queimadura em pediatria é uma prioridade, e cabe ao enfermeiro agir em prol do alívio da dor (Gillespie & Melby, 2003, citados por Brown, Rodger, Ware, Kimble, & Cuttle, 2012)

Assim no âmbito das políticas de saúde surgem diretrizes que abordam a dor como o 5º sinal vital nas quais é evidenciado que a avaliação e controlo da dor pertence a esfera de competências dos profissionais de saúde e que a avaliação e registo da intensidade da dor de forma contínua e regular com recurso a instrumentos de avaliação, “de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente” (*Circular Normativa Nº 9/DGCGA - Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*, 2003).

Uma prática de enfermagem em pediatria implica cuidar da criança e família, em diversas dimensões, incluindo promoção da saúde, e prevenção da doença, bem como criação e utilização de estratégias de coping da criança e família, perante a separação e perda (American Burn Association, 2001).

A criança grande queimada e a sua família estão sujeitas a diversos *stressores*, de cariz intrapessoal, interpessoal e extrapessoal, que vão interferir na estabilidade do sistema da criança e na capacidade de resistência, reação e recuperação da mesma (Neuman, 2011).

Assim perante *stressores* identificados, importa referir a influência das variáveis pessoais nas respostas da criança. Estas variáveis, interagindo entre si variam de acordo com o ambiente da criança e com o desenvolvimento da mesma (Neuman, 2011). Na pediatria é comum a referência à dificuldade da intervenção perante a dor, pela dificuldade da avaliação da mesma (Swor et al., 2004) tal como é reconhecida a urgência de uma melhor prestação, ao nível do apoio psicológico destas crianças (Williams, 2011). Tal como já referi anteriormente, é importante, no âmbito da enfermagem especializada uma abordagem holística e abrangente da criança, não descurando nenhuma das variáveis referidas, sendo que cada uma tem a sua importância fulcral (El Hamaoui et al., 2006).

O objetivo major dos cuidados de enfermagem perante um sistema instável, passa por recuperar uma situação de estabilidade, através de uma avaliação rigorosa dos efeitos e possíveis efeitos dos *stressores* ambientais, e do apoio no ajustamento necessário para atingir o nível de saúde desejável (Neuman, 2011).

Deve ser explorada pelo enfermeiro especialista a intervenção na área da prevenção (*Regulamento n.º 122/2011 de 29 de Maio da Assembleia Geral, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, 2011), e reveste-se de um grande aceção no que diz respeito à criança queimada, uma vez que a intervenção prévia à reação ao *stressor*, é a única forma de prevenir o desequilíbrio (Vendrusculo, Balieiro, Echevarría-Guanilo, Junior, & Rossi, 2010).

Assim a esfera de atuação no cuidar da criança grande queimada pode perceber-se como espartilhado por três pólos de prevenção: primária, secundária e terciária, que se relacionam, respetivamente com a resistência, reação e reconstituição, como resposta do sistema, ou seja da criança alvo de cuidados, aos *stressores* (Neuman, 2011).

Segundo Neuman (2011) uma estratégia major de intervenção de enfermagem como prevenção primária em enfermagem pediátrica é a educação para a saúde, que pressupõe providir a família com informação e conhecimento sobre o desenvolvimento e progresso do estado de saúde da criança. No que diz respeito a prevenção secundária, as intervenções em enfermagem pediátrica relacionam-se com cuidados hospitalares, consultas externas, escolas e cuidados domiciliários. Neste contexto é frequente a ocorrência de fatores de *stress* como separação, dano e perda. Uma intervenção de enfermagem

enquanto prevenção secundária com sucesso resulta na recuperação do estado de saúde da criança e família. As intervenções de enfermagem como prevenção terciária contextualizam-se em situações crónicas ou situações de transição cujo objetivo é a gestão do equilíbrio de acordo com a situação, como é o exemplo de sessões de educação a crianças com amputação e sua família (Betty Neuman, 2011).

No contexto da pediatria o prestar de cuidados não se restringe ao enfermeiro, sendo que a criança e a família têm um papel ativo e preponderante (American Burn Association, 2001) dando-se ênfase a uma filosofia de cuidados de enfermagem em pediatria centrada na família (Harrison, 2011).

A teoria dos sistemas de Betty Neuman, aplicada à enfermagem pediátrica, pode abranger diversas áreas de intervenção, uma vez que envolve o enfermeiro, a criança e a sua família na prestação de cuidados, abarcando uma filosofia de cuidados centrada na criança mas incluindo a família em todo o processo, tal como preconizado pela filosofia de cuidados centrado na família de Lewandowski & Tesler (2003), definindo-se que a família faz parte do sistema de criança e trabalha em parceria com os cuidadores/enfermeiros para atingir a estabilidade e estado ótimo de saúde da criança.

### **1.3. A importância do registo dos cuidados e da transferência de informação**

A cultura da nossa profissão induz a subvalorização das ações de enfermagem, em detrimento das ações interdisciplinares, e isto também se reflete nos nossos registos (Karkkainen, Bondas, & Eriksson, 2005) salienta-se assim a importância do registo para assegurar a continuidade de cuidados, tanto intracontexto como na transferência do doente intercontexto (Neuman, 2011).

É importante, o exercício mental e o esforço de mudança de paradigma neste assunto e um esforço deve ser feito para fundamentar a nossa documentação, não só na resolução de problemas mas também na apreciação individual da situação (Karkkainen et al., 2005).

O registo efetuado das ações de enfermagem espelha os cuidados prestados, e permite um ponto de partida para a promoção da continuidade dos cuidados (Stevens & Pickering, 2011) e têm um papel fulcral na qualidade dos



cuidados a par da cultura da segurança, através da prevenção do erro, sendo que 60% dos erros em contexto de internamento se relacionam com falha humana ao nível da comunicação, podem ser evitados com o reforço da comunicação através de registo adequados (Fragata, 2010).

No âmbito do cuidar da pessoa com queimadura, o registo é de vital importância, pois a queimadura é algo em constante evolução e que só se consegue observar por breves momentos e em situações específicas, assim se o registo não for fiel e rigoroso e principalmente bem efetuado, não existe perceção da evolução da situação nem da eficácia do tratamento (Pradines, Ferraz, Simons, & Paulo, 2012).



## 2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

De modo a responder aos objetivos, geral e específicos (Apêndice II), defini atividades que permitiram o desenvolvimento de diversas competências ao longo dos estágios a que me propus. Utilizando a minha *práxis* para elaborar o diagnóstico de situação, defini atividades e escolhi contextos para elaborar o desenho do projeto. Foi crucial a ajuda dos enfermeiros peritos com quem contactei ao longo dos estágios. Além dos estágios, frequentei também congressos para formação na área do doente crítico e do doente queimado especificamente.

### 2.1. Diagnóstico da Situação

O motor do desenvolvimento do estágio que efetuei constitui-se com base na minha experiência profissional em bloco operatório pediátrico, que de acordo com o modelo de aquisição de competências de Dreyfus (Benner, 2001), verifico que compreendo de maneira intuitiva cada situação e apreendo diretamente o problema, sem me perder num amplo leque de soluções e de diagnósticos estéreis. No entanto no que respeita à criança grande queimada, existe uma necessidade percebida de melhoria dos cuidados de enfermagem à criança grande queimada no BOP onde exerço funções, que se evidencia pela reduzida experiência na área, bem como lacunas na formação e instrumentos de registo de enfermagem, percebida por mim no contexto da minha *práxis*, sendo que assumo a qualidade de proficiente (Benner, 2001) uma vez que me apercebo das situações como uma globalidade e não de aspetos isolados, guiando-me por máximas (Benner, 2001).

Assim, tendo esta problemática como base e feito o diagnóstico da situação enquanto enfermeira dum bloco operatório pediátrico, utilizei essa mesma experiência e conhecimento profissional para fundamentar a importância e pertinência do desenvolvimento do projeto proposto.

Uma das maiores dificuldades percebidas por mim e referidas por diversos enfermeiros, no âmbito da implementação de um projeto profissional (Anexo V) relaciona-se com a dificuldade de transmissão e registo de informação no que

respeita a cuidados de enfermagem, comprometendo a continuidade dos cuidados, assim uma outra área que se mostrou pertinente para aposta na melhoria dos cuidados à criança grande queimada refere-se a elaboração de uma proposta de atuação e registo dos cuidados de enfermagem no bloco operativo.

Assim, mostrou-se necessário realizar um trajeto de estágio que permitisse perceber a necessidade de informação e formação nos diversos componentes do percurso da criança grande queimada no hospital especializado, para prestar cuidados de enfermagem adequados a criança grande queimada no seu percurso hospitalar e simultaneamente que me permitisse desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à criança grande queimada. Desenvolvi também competências numa Unidade de Queimados de Adultos (UQA), uma vez que não existe nenhuma unidade de queimados pediátrica em Portugal, de forma a ser possível perceber a dinâmica e a constituição de uma unidade de queimados bem como a forma como os cuidados são geridos neste ambiente trasladando esse conhecimento para a pediatria.

Baseando-me na ética e no código deontológico do enfermeiro, nos objetivos e competências do CMEPSC, nas competências do enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica e nas normas emitidas pela DGS sobre o cuidado da pessoa queimada, procurei desenvolver competências que me permitem intervir junto da criança grande queimada e sua família, tendo por base a melhor evidência possível, para ascender ao nível de perita (Benner, 2001) em contexto hospitalar, gerindo eficazmente situações de evolução rápida, de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização do doente e da administração e supervisão de protocolos terapêuticos, assegurando a qualidade dos cuidados, bem como as competências organizacionais dos cuidados especializados (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010; *Regulamento n.º 124/2011 de 20 de Novembro da Assembleia Geral, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*, 2010).

## **2.2. Contextos, objetivos definidos e atividades desenvolvidas**

Tal como já referi anteriormente neste documento, a minha experiência profissional, apesar de ser sediada na pediatria resume-se ao ambiente de bloco operatório. Este facto constitui-se um grande desafio, pois para desenvolver competências na área dos cuidados de enfermagem especializados à criança grande queimada, foi necessário desenvolver atividades em contextos alheios à minha área de conforto, sendo que não tinha experiência na praxis em cuidados intensivos nem em contexto de urgência.

Assim foi crucial o desenvolvimento de atividades na UCIP, no SU, na UQ e no BOP, onde prestei cuidados de enfermagem, fundamentando a prática na evidência, respeitando os princípios éticodeontológicos que regem a prática de enfermagem para a tomada de decisão, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais e promovendo ainda, um ambiente terapêutico e seguro, para atingir os objetivos a que me propus.

### **2.2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica**

Em contexto de cuidados intensivos, tendo sido o primeiro local de estágio, o objetivo major que estabeleci foi desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/família, preferencialmente a criança grande queimada. Este estágio decorreu de 6 de Outubro a 30 de Novembro de 2014 (Apêndice I).

Tal como já descrevi anteriormente a criança queimada na unidade cuidados intensivos, é uma criança em situação crítica, cujos cuidados são, na sua grande maioria, transversais à criança em situação crítica com patologias de base diversas. A grande diferenciação prende-se então com as especificidades da patologia em si, nomeadamente cuidados com a queimadura e o equilíbrio hidroeletrolítico e nutricional (Deitch, 2000).

Assim delineei objetivos específicos e planei atividades a desenvolver para os atingir (Apêndice II), tais como prestar cuidados a crianças internadas na UCIP em situação crítica, refletindo sobre os cuidados prestados e sobre as necessidades dessas crianças e respetiva família.

Não houve oportunidade, na janela temporal em que decorreu o estágio, de prestar cuidados a crianças grandes queimadas, por não ter existido nenhum internamento relacionado com essa patologia específica. De referir no entanto que, na criança queimada, a queimadura pode não ser a única ou principal lesão, esta pode ser vítima de outro tipo de lesões associadas ao trauma causador da queimadura (Sharma & Parashar, 2010; Stafford et al., 2010).

Deste modo, ao contactar com crianças com outro tipo de patologias foi possível desenvolver atividades relacionadas com a prestação de cuidados que podem ser justapostos aos cuidados prestados à criança grande queimada.

Em conjunto com o enfermeiro orientador, optei por trabalhar de forma espalhada, as várias especificidades da criança grande queimada numa UCI, prestando cuidados a crianças com diversos fatores de desequilíbrio (Neuman, 2011) como por exemplo pela necessidade de ventilação mecânica invasiva, monitorização hemodinâmica, fluidoterapia, equilíbrio hidroeletrólítico, controlo da dor, situação de politrauma, amputação, desequilíbrio nutricionais com diferentes necessidades dietéticas, desequilíbrio hepatorenal, afeções respiratórias, alterações da autoimagem e depressão, que podem ser possivelmente fatores de desequilíbrio encontrados numa criança grande queimada (Al-mousawi et al., 2009).

No que diz respeito a reposições hidroeletrólítica, aplicação da formula da Parkland (American College of Surgeons, 2012; *Norma 022/2012 da Direção-Geral da Saúde - Abordagem Hospitalar das Queimaduras*, 2012) e cuidados relacionados com a queimadura em crianças grandes queimadas, considero que foi uma lacuna no decorrer do estágio, neste contexto, mas era uma situação esperada e terá sido contornada no global do estágio com a experiência nos diferentes contextos, com a minha integração na equipa e dinâmica da UCIP, onde foi possível apropriar-me do *know-how* dos enfermeiros peritos, no que respeita aos cuidados prestados à criança grande queimada internada na UCIP, tomando conhecimento dos procedimentos e recursos disponíveis na UCIP para este efeito (Apêndice III) e com o facto de na minha realidade profissional contactar diariamente com crianças queimadas em situação mais ou menos crítica, prestados cuidados relacionados com a queimadura em situação de urgência e em situação de recuperação.

Tive a oportunidade de intervir em situações de admissão de crianças à UCIP, transferência de crianças da UCIP para outros serviços para continuidade de cuidados. Prestei cuidados a crianças com patologias de foro neurológico, ortopédico, oncológico, respiratório, cardiológico e cirúrgico, tendo desenvolvido competências na utilização de técnicas inerentes a cuidados críticos como ventilação mecânica invasiva e não invasiva, hemodiafiltração, monitorização invasiva, não invasiva e neurológica, manipulação de cateter venoso central (CVC) e cateteres arteriais. Prestei, também, cuidados em situações de paragem cardiorrespiratória (PCR) e de morte.

Prestei cuidados de enfermagem especializados à criança em situação emergente, antecipando a instabilidade e risco de falência orgânica, atuando também na prevenção e controlo de infeção.

Foi possível prestar cuidados de enfermagem especializados à criança, gerindo-os, com vista à otimização das respostas da equipa de enfermagem e seus colaboradores e também na articulação com a equipa multiprofissional.

Durante o estágio desenvolvido na UCIP, tive oportunidade de participar na XI RACSPQ (Anexo VI) que entre diversos temas permitiu a atualização de conhecimento e permitiu transmitir a equipa a atualidade dos cuidados ao doente queimado em Portugal através de uma ação de formação da equipa de enfermagem da UCIP (Apêndices IV, V, VI).

Em pediatria, é intrínseco ao cuidar da criança, o cuidar da família (Harrison, 2011; Lehna et al., 2011). Esta situação é vista como cerne da atuação em contexto de cuidados críticos e para mim foi uma novidade e portanto um desafio interessante e bem superado, ser capaz de estabelecer a comunicação e uma relação terapêutica com as crianças e famílias com que contactei.

Neste contexto desenvolvi um plano de cuidados para uma das crianças a quem prestei cuidados, fundamentado na teoria dos sistemas de Betty Neuman, apesar de não se tratar de uma criança queimada. Optei por elaborar o plano de cuidados em contexto de UCIP, pois este local de estágio, entre os quatro selecionados, destaca-se como o mais propício para o contacto com a criança e família.

Optei então, por desenvolver um plano de cuidados (Apêndice VII) a uma criança com comprometimento neurocirculatório de um membro, secundário a uma complicação cirúrgica, que culminou em fasciotomias do membro e

posterior amputação. Não se tratando de uma criança grande queimada, e uma vez que tal como já referi anteriormente, não houve oportunidade de prestar cuidados a crianças grande queimadas em contexto de UCIP, o comprometimento neurocirculatório de um membro, a necessidade de fasciotomias e a amputação de um membro, bem como os diversos stressores a que a criança e família estão sujeitos assemelham-se aos de uma criança grande queimada. Esta foi uma aprendizagem que contribuía do desenvolvimento da proposta de atuação e registo de enfermagem a criança grande queimada no BOP, uma vez que foi rica em situações sobreponíveis ao cuidar do doente queimado, permitindo trabalhar essa temática, e contactar com o *know-how* da equipa de enfermagem da UCIP no âmbito dos cuidados do grande queimado pediátrico.

Para além deste caso, que optei por trabalhar através do desenvolvimento de um plano de cuidados, experienciei outras situações que me permitiram desenvolver outras competências, tal como já descrevi anteriormente. Assim, uma vez que “a reflexão sobre a prática tem como objetivo aumentar a confiança de cada estudante/profissional no seu desempenho” (Pereira, 1995 citado por Santos & Fernandes, 2004, p. 60) elaborei quatro reflexões críticas sobre temas que fazem parte do dia-a-dia do enfermeiro de cuidados intensivos: dor na UCIP; os pais enquanto companheiros nos cuidados; morte em cuidados intensivos; comunicação e apoio emocional (Apêndices VIII, IX, X, XI).

### 2.2.2. Serviço de Urgência Pediátrica

O segundo local de estágio onde desenvolvi atividades foi o SUP, desde o dia 1 ao dia 19 de Novembro de 2014. Este período de estágio foi significativamente mais reduzido do que o efetuado na UCIP, pelo que requereu um empenho e diligência mais aprimorados para conseguir realizar as atividades e atingir os objetivos propostos (Apêndice II). Assim optei por prestar cuidados a todas as crianças em situação crítica com quem contactei, tanto em contexto de triagem, de sala de tratamentos, como na cirurgia e sala de observação, e investi preferencialmente no desenvolvimento de competência na área da triagem, uma vez que se caracteriza por ser algo extremamente complexo (Mace & Mayer, 2008) e a área que mais se diferencia da minha prática profissional.

Existem diversas escalas de triagem para adultos, e as mais comumente utilizadas são as que priorizam os utentes em cinco níveis de atendimento, sendo que os sistemas com priorização de três e quatro níveis têm fraca reprodutibilidade e fiabilidade (Hilliard & O'Neill, 2010).

O SUP onde estagiei utiliza um método de triagem elaborado pela própria equipa, baseado em diversos sistemas de triagem reconhecidos, culminando num consenso de que se deveria manter a classificação em quatro níveis e caracterizado por cores, amplamente utilizada no centro hospitalar onde o SUP se integra.

Esta característica única no país, também tem influencia na organização estrutural do serviço, que difere dos demais. Assim para uma melhor compreensão do funcionamento e da gestão do SUP elaborei uma caracterização do serviço (Apêndice XII) o que facilitou a integração na equipa e a assimilação do seu método de trabalho, tendo sido importante para a perceção da forma como é feita a gestão dos cuidados no SUP e na assimilação do *know-how* dos enfermeiros peritos, no que concerne ao cuidar da criança grande queimada.

Tive oportunidade prestar cuidados a crianças que se dirigiram ao SUP por diversos fatores de desequilíbrio (Neuman, 2011), tais como dificuldade respiratória, TCE, mal-convulsivo, politraumatizados, cetoacidose diabética e crianças queimadas com diversos graus de gravidade. Esta variedade de patologias e situações de desequilíbrio dos sistemas criança/família (Neuman, 2011) proporcionaram-me diversos momentos propícios à reflexão, uma vez que se trataram de situações alheias a minha prática profissional e que no entanto são constantes no dia-a-dia do enfermeiro de uma urgência pediátrica.

Senti-me impelida a elaborar duas reflexões críticas: uma que aborda o tema da culpa sentida pelos pais das crianças vítimas de algum tipo de acidente, como por exemplo a queimadura, onde espelho a razão pela qual não foi possível dar a resposta planeada para o trabalhar da prevenção em situação crítica, uma vez que este teria sido um dos objetivos propostos no âmbito do projeto, optando por abordar a culpa sentida pelos pais nas situações referidas (Bakker, Van Loey, Van Son, & Van der Heijden, 2010), e trabalhar a sua prevenção e/ou diminuir a sua ocorrência (Apêndice XVII). Outra reflexão efetuada relaciona-se com a questão de gestão de conflitos, uma vez que a



urgência sendo por definição um serviço de atendimento ao público é palco de situações de conflito (Mahmoudi, Mohmmadi, & Ebadi, 2013), tanto entre profissionais como com os utentes (Johansen, 2012) (Apêndice XVIII).

Quando se verificava a entrada de crianças vítimas de queimadura na triagem, a equipa requisitava a minha presença na triagem permitindo que acompanhasse a criança no seu percurso desde a sua entrada até a sua alta/transferência, consoante a gravidade da situação.

A Triagem da criança no SUP consiste então em:

- Receber a família/outros significantes para a criança e a própria criança;
- Classificar a prioridade da criança face à situação que o leva ao Serviço de Urgência, em 3 passos:
  - 1º Passo - Impressão inicial: avaliação da criança tendo por base o Triângulo de Avaliação Pediátrico (TAP): Trabalho respiratório, aparência/comportamento e pele;
  - 2º Passo: Motivo de vinda ao Serviço de Urgência:
    - Deve ser realizada uma entrevista aos familiares/outros significativos/criança, com duração de 2-3 minutos;
    - Obter a história breve do motivo pelo qual a criança recorreu ao serviço de urgência;
    - Realizar colheita de dados, tais como, sinais e sintomas, antecedentes pessoais, medicação, alergias, vacinação (...)
    - A referência a determinado problema é o resultado da interpretação daquilo que é referido pela criança/família/outro significativo, mais a valorização do enfermeiro.
  - 3º Passo: Avaliação de sinais vitais, os necessários, de acordo com a idade, tais como, frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), pressão arterial (PA), Situação neurológica (nível de consciência, irritabilidade).



*Tabela 1 - Triagem: nível de gravidade vs. tempo de espera*

<b>Nível de Gravidade</b>	<b>Designação</b>	<b>Tempo de Espera</b>
Vermelho	Emergente	Imediato
Laranja	Muito Urgente	Até 10 minutos
Amarelo	Urgente	Até 60 minutos
Verde	Pouco Urgente	Até 120 minutos
Branco	Não Triados	Não definido

- Orientar a criança para a área correspondente, pelo motivo de urgência, bem como comunicar a informação a quem a irá receber;
- Reavaliar o utente que se encontra em espera para observação médica, sempre que se justifique:

*Tabela 2 - nível de gravidade vs. tempo de reavaliação*

<b>Nível de gravidade</b>	<b>Designação</b>	<b>Tempo de reavaliação</b>
Vermelho	Emergente	Contínuo
Laranja	Muito Urgente	10 Minutos ou SOS
Amarelo	Urgente	60 Minutos ou SOS
Verde	Não Urgente	Até 120 Minutos ou SOS

- Comunicar o grau de prioridade e o tempo médio de espera para a observação médica da criança;
- Demonstrar disponibilidade para reavaliação da criança, em caso de novas ocorrências e possíveis mudanças no estado clínico da mesma

Estas experiências contribuíram para a construção da proposta de atuação e do instrumento de registo dos cuidados de enfermagem à criança grande queimada a aplicar no BOP.

Apesar de existirem diversos diagramas que englobam a abordagem da criança queimada, constantes no Manual de Triagem do SUP, não existia nenhum instrumento que uniformizasse e sistematizasse a abordagem do queimado, de forma sucinta e de fácil compreensão, pelo que o conhecimento era transmitido de forma empírica e baseado no *know-how* dos enfermeiros.

A ausência de instrumento de trabalho facilitador aliada a verbalização da insatisfação dos enfermeiros na forma como é aleatória e rara a abordagem da criança queimada foram a base e pertinência da elaboração, em conjunto com o

enfermeiro orientador, de uma proposta de instrução de trabalho (Apêndice XIII) para colmatar esta lacuna e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à criança vítima de queimadura que se dirige ao SUP. Com o mesmo objetivo efetuei também uma formação (Apêndices XIV, XV, XVI) nos mesmos moldes que a formação efetuada na UCIP com as necessárias adaptações tendo em conta a área de atuação da equipa de enfermagem no SUP, utilizando-a para explicitar a instrução de trabalho proposta.

### 2.2.3. Unidade de Queimados

O estágio decorrido na UQ teve lugar de 5 de Janeiro a 27 do mesmo mês de 2015. O objetivo desenhado para este local de estágio era um pouco diferente dos objetivos propostos para os dois locais anteriormente referidos, sendo que pretendi essencialmente apreender conhecimento que me permitisse o desenvolvimento da proposta de atuação e registo dos cuidados de enfermagem à criança grande queimada no BOP, através da aquisição de conhecimentos avançados sobre diretivas na área da qualidade e em melhoria dos cuidados.

Com vista a atingir esses objetivos integrei a equipa multidisciplinar, apropriando-me do *know-how* dos enfermeiros peritos, prestando cuidados de enfermagem à pessoa grande queimada e sua família/pessoa de referência, nos cinco postos de trabalho que a equipa de enfermagem ocupa na UQ: enfermarias, quarto de isolamento, balneoterapia, bloco operatório e entrados/reanimação.

Ao longo das quatro semanas de estágio na UQ, tive oportunidade de contactar com grandes queimados e observar o percurso dos mesmos na UQ desde a entrada até à transferência para o serviço de cirurgia plástica quando deixam de estar em situação que justifique a sua permanência na UQ, ou seja quando deixam de estar em situação crítica.

Tive oportunidade de participar em sessões de balneoterapia, prestando cuidados de higiene e cuidados com a queimadura, nomeadamente limpeza da ferida desbridamento mecânico não cirúrgico e penso, sob sedação e ventilação não invasiva.

Participei também na receção de queimados vindos da urgência situação na qual se efetuam as primeiras avaliações em relação a percentagem de área

queimada com base na regra dos “9” (Anexo I), em relação a profundidade da queimadura (Anexo II), fazem as primeiras colheitas laboratoriais, os primeiros cuidados de higiene e o controlo da dor precoce através da sedação a analgesia prévia ao procedimento com uma avaliação clínica cuidada com base no Índice de Clark (Anexo III) para manter uma via aérea permeável e é elaborado o plano de reposição hidroeletrólítica de acordo com a fórmula de Parkland (Anexo IV).

Em ambiente de isolamento, foi possível prestar cuidados a doentes queimados em situação crítica, hemodinamicamente instáveis com necessidade de vigilância apertada, ventilação invasiva, com monitorização invasiva e não invasiva, com um grande envolvimento de tecnologia, quartos de pressão positiva, camas de pressão alternada constituídas com material moldável ao corpo do doente.

No bloco operatório, a experiência não diferiu muito em relação à experiência profissional que constato no BOP, no entanto foi notória a diferença na qualidade da transferência de informação pelo facto de se tratar de uma equipa única e de o enfermeiro que presta cuidados ao doente se manter sempre em contacto com o mesmo. Foi também notório o conforto do doente por se manter sempre dentro do ambiente controlado da UQ, com temperatura controlada e com diminuição do desconforto por redução do tempo de transporte.

Um outro âmbito que foi interessante do ponto de vista dos cuidados ao sistema doente/família, foi exatamente o envolvimento familiar, que apesar da UQ, ter um projeto para envolver a família nos cuidados, o acesso da mesma é muito restrito, por oposição do que acontece na UCIP, por perigo de prejuízo da manutenção de um ambiente propício ao controlo da infeção. É uma situação que foi alvo de reflexão no estágio efetuado na UCIP, e aflora novamente a questão de ponderação risco/benefício, do envolvimento da família nos planos de cuidados destes doentes (Apêndice X).

Foi possível, com a permanência nesta unidade, aperceber-me da dinâmica de funcionamento de uma Unidade de Queimados, dos objetivos do serviço bem como do modelo de prestação de cuidados, o que me permitiu refletir sobre a gestão dos cuidados de enfermagem pela equipa neste ambiente controlado e munido de recursos específicos, que não existem na realidade pediátrica em Portugal.

Optei por não realizar entrevistas aos enfermeiros, uma vez que o serviço tem um suporte de procedimentos e normas muito desenvolvido e completo, ao qual tive acesso, onde estão espelhados os objetivos, métodos de trabalho e competências da equipa, o que me permitiu elaborar uma caracterização do serviço (Apêndice XIX) e refletir sobre os cuidados de enfermagem especializados à pessoa grande queimada numa UQ e quais os benefícios que daí advém em relação à realidade pediátrica, que obriga a um cuidar parcelado do queimado, que se divide entre unidades de cuidados intensivos pediátricas, bloco operatórios centrais, enfermarias de cirurgia implicando o constante transporte e exposição da criança a diferentes meios não controlados (Apêndice XX).

No decorrer do estágio na UQ, houve a oportunidade de assistir às 9as Jornadas do doente crítico, que facultaram diversas palestras onde se abordaram várias vertentes do doente crítico, entres as quais nutrição, avanços tecnológicos e ventilação (Anexo VII), que me permitiram cimentar e atualizar conhecimentos sobre a temática.

Com todas as vivências relatadas fui construindo saber no que respeita aos cuidados do queimado crítico, e fui absorvendo condutas e modos de atuação no contexto de uma UQ, fundamentados na bibliografia e evidência sobre o tema, permitindo construir uma base para a elaboração dos documentos de registo e atuação no BOP, respeitando a priorização e a importância dada pela equipa da UQ às diferentes informações que permitem uma continuidade de cuidados adequada, promovendo a qualidade dos cuidados de enfermagem e a boa evolução da situação dos doentes vítimas de queimadura em direção à situação de equilíbrio (Neuman, 2011).

#### 2.2.4. Bloco Operatório Pediátrico

O estágio feito no BOP decorreu do dia 2 ao dia 13 de Fevereiro de 2015, e o objetivo delineado para este estágio foi o desenvolvimento e apresentação da proposta de atuação e do instrumento de registo dos cuidados de enfermagem à criança grande queimada no BOP.

Para atingir este objetivo, prestei cuidados à criança queimada no BOP, integrando a equipa e desenvolvendo competências na área da anestesia, da

circulação, da instrumentação e no âmbito da Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA) aplicando os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos nos estágios anteriores, o que se traduziu na elaboração, em conjunto com a enfermeira orientadora de:

- A proposta de um instrumento informático, de registo de enfermagem (Apêndice XXII), que é partilhado com a equipa de enfermagem do internamento e UCIP de forma a fomentar a continuidade dos cuidados, possibilitando a perceção e avaliação da avaliação e eficácia dos cuidados prestados.

O objetivo deste instrumento é incorporar a utilização de imagens da ferida para documentar a sua evolução, e também da implementação da nomenclatura TIME na descrição da ferida (Moffatt, Flanagan, & Shuttleworth, 2004). Para o efeito foi doada, anonimamente, uma câmara fotográfica ao BOP, que possibilita esta atividade.

Os doentes/familiares da criança vítima de queimadura autorizam a utilização de imagens/fotografias das queimaduras das crianças para fins de elaboração de trabalhos de cariz académico, aquando da admissão da criança no hospital através da assinatura de um documento de consentimento informado. Assim, do ponto de vista ético-legal, não houve necessidade de requerer nenhuma autorização ou parecer da administração e chefias hospitalares nem do conselho de ética.

- A proposta de um instrumento orientador do *hand-over* do doente queimado ao enfermeiro que recebe o doente no pós-operatório (Apêndice XXI), com o objetivo de otimizar a continuidade dos cuidados e diminuir a ocorrência do erro (Moore, 2012).
- A proposta de um *dossier* sobre a temática do queimado, denominado “Projeto de Queimados”, que pretende ser um documento de consulta, esclarecimento e orientação da atuação do enfermeiro, em relação ao doente queimado, no BOP (Apêndice XXIII).

A par destas atividades efetuei formação à equipa sobre os diversos instrumentos elaborados, explicitando a sua utilização, e sensibilizando para a importância no aumento da segurança e na melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem a estas crianças (Apêndices XXII, XXV e XXVI).

### 3. RESULTADOS

Este capítulo intenta demonstrar as respostas dadas à problemática inicial (Azevedo, 2011), tendo por base os objetivos e competências do curso de mestrado de enfermagem da área de especialidade da pessoa em situação crítica propostos pela ESEL (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010) e com as competências comuns do enfermeiro especialista (*Regulamento n.º 122/2011 de 29 de Maio da Assembleia Geral, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, 2011) e as competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (*Regulamento n.º 124/2011 de 20 de Novembro da Assembleia Geral, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*, 2010), refletindo as aprendizagens adquiridas através do desenvolvimento das atividades ao longo do estágio efetuado.

O desenvolvimento de competências foi um processo contínuo, para o qual foi essencial o constante investimento na pesquisa da evidência sobre a temática que suportou todas as tomadas de decisões, uma vez que aportei uma área de intervenção que era desconhecida para mim, a par da reflexão crítica continua, que permitiram desenvolver competências não só ao nível da reflexão, exposição e argumentação dos resultados do meu próprio raciocínio, mas também aprofundar o meu conhecimento sobre a problemática da criança grande queimada e da criança em situação crítica de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador.

Os quatro contextos onde desenvolvi o estágio foram complementares entre si, devido às suas especificidades, sendo que me proporcionaram experiências e aprendizagens diferentes. Foi muito benéfica esta diversidade de experiências pois permitiram-me compreender o percurso do doente crítico em ambiente hospitalar, perceber as necessidade de cuidados de acordo com a etapa do seu percurso e desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à criança grande queimada, em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

Desenvolvi ainda competências que se relacionam com particularidades na prestação de cuidados à criança vítima de queimadura, como é a promoção da

maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a perda de integridade cutânea. Contactei também com perturbações emocionais na criança grande queimada e a criança em situação crítica e suas famílias, decorrentes da situação de queimadura da criança e da criticidade da sua situação de saúde, que permitiram o desenvolver de competências ao nível da comunicação interpessoal. Infelizmente não existe em Portugal uma Unidade de Queimados Pediátrica (UQP), pelo que optei por estagiar numa UQA por forma a contactar com enfermeiros peritos de uma UQ e transferir esse conhecimento para a realidade pediátrica, percecionando o benefício para a criança vítima de queimadura ser cuidada numa UQP e ter contacto com a realidade do enfermeiro perito na UQ.

Durante o decorrer do estágios nos diferentes contextos, participei na XI reunião anual científica da associação dos queimados e nas 9<sup>as</sup> Jornadas do Doente crítico, que me permitiram desenvolver competências ao nível da seleção de fontes de informação relevantes para a tomada de decisão, e da sustentação da praxis clínica em sólidos e validos padrões de conhecimento desenvolvendo autoconhecimento e assertividade e permitiram-me desenvolver competências na gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação com a equipa multiprofissional, através de diversas formações em serviço, fundamentadas no conhecimento adquirido nos congressos supracitados, sobre os cuidados de enfermagem especializados à criança queimadas, e produção de diversos documentos, tais como instruções de trabalho, propostas de atuação e registo de enfermagem, bem como através da implementação de projetos de melhoria da qualidade dos cuidados à criança queimada em diferentes contextos.

De acordo com Henrique, Silva, Cristina, Paula, & Barbosa (2013), o cuidar de um grande queimado requer altos investimentos financeiros, uma instituição com infraestrutura adequada, e uma equipa multiprofissional especializada e atenta às novas tecnologias. Assim verifica-se oportuna a intervenção ao nível da melhoria dos cuidados através da adaptação dos instrumentos à realidade do ambiente de prestação de cuidados (Al-mousawi et al., 2009). Uma vez que os meios e recursos físicos, funcionais e operacionais, relacionados com as pessoas, ambientes, circulações, práticas, equipamentos, instalações, materiais,



resíduos de serviços de saúde constituem um elo fundamental para as boas práticas preventivas nas unidades críticas (Henrique et al., 2013).

Em 2012, enquanto enfermeira de Bloco Operatório Pediátrico, e portanto em contexto profissional, efetuei um questionário aos enfermeiros dos serviços de internamento do hospital onde trabalho, com o objetivo de perceber quais as falhas de comunicação na transferência e informação dos doentes (Anexo V) tendo concluído que um dos aspetos a melhorar seria relativo a informações relacionadas com a intervenção e terapêutica que os doentes faziam no bloco operatório, tendo sido também referido que era difícil a perceção da evolução da cicatrização das queimaduras das crianças vítimas de queimadura que fazem o seu penso no BOP.

Assim verifica-se a necessidade de melhoria dos cuidados de enfermagem à criança vítima de queimadura, que é intervencionada neste bloco operatório e melhorar não só a atuação do enfermeiro mas também o registo dos cuidados de enfermagem.

Para dar resposta a esta necessidade e ao objetivo que delineei para este estágio, elaborei uma proposta de *check-list* pós intervenção cirúrgica, a IQEIA adaptada para o doente queimado, com base numa *check-list* já existente, a IDEIA, implementada por mim no BOP, que consiste num conjunto de itens acerca do doente, a passar no *transfer* para o enfermeiro do serviço de internamento. Elaborei também uma proposta de um instrumento de registo informático dos cuidados de enfermagem prestados a estas crianças.

Estes instrumentos foram baseados na evidência mais recente sobre a temática através de pesquisa bibliográfica, no *know-how* transmitido pelos diversos enfermeiros peritos com quem trabalhei, nos diversos campos de estágio e nos instrumentos já existentes.

Através da integração nas diferentes equipas de enfermagem, nos diferentes contextos, e da elaboração da caracterização dos serviços, conhecimento das normas institucionais e da apropriação do *know-how*, através do contato, aquando a prestação de cuidados direta, com enfermeiros peritos, foi possível inteirar-me das propostas de atuação perante situações de catástrofe, nos diversos contextos, consolidando os conhecimentos adquiridos no CMEPSC acerca desta problemática, bem como através da pesquisa bibliográfica. Teve especial relevância no SUP, onde esta implementado um



método de triagem adaptado a realidade pediátrica, que sistematiza e organiza a intervenção em situação de multivítimas, projeto para o qual contribui com a elaboração de uma proposta de instrução de trabalho que orienta, sistematiza e uniformização a atuação de enfermagem no cuidar da criança queimada no SUP, tendo assim desenvolvido competências na dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência, da conceção à ação.

No decorrer dos estágios, e com o consecutivo desenvolvimento de competências, fui revendo no modelo de aquisição de competências de Dreyfus referido por Benner (2001), e percebi-me gradualmente cada vez mais capaz de compreender intuitivamente as situações que se me apresentavam, apreendendo os problemas de forma direta sem perder em vastas possibilidades de soluções e diagnósticos.

## 4. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Neste capítulo, procede-se à discussão dos resultados obtidos, espelhando a sua implicação na prática da enfermagem especializada à criança grande queimada, comentando as limitações a que esteve sujeita. Esta discussão é apresentada tendo por base as competências desenvolvidas, preconizadas pelo CMPSC, e pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o enfermeiro especialista e para o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

### 4.1. Desenvolvimento de competências e implicações para a prática

#### 4.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Em situações limite, o trabalho do enfermeiro é muitas vezes complexificado e a sua tomada de decisão é dificultada (Johansen, 2012). Esta foi a realidade com que me deparei nos diferentes contextos de estágio aquando da prestação de cuidados à criança grande queimada e/ou em situação crítica, que se encontram sob influência de diversos fatores de *stress* que põe em risco o seu equilíbrio, ou seja o seu estado saudável (Neuman, 2011).

As atividades desenvolvidas neste âmbito, bem como a reflexão sobre as mesmas, permitiram aprendizagens enriquecedoras e construtivas sobre os cuidados de enfermagem especializados à criança grande queimada, no seu percurso hospitalar. A prestação de cuidados de enfermagem neste âmbito pressupõe a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro com uma utilização da responsabilidade profissional, ética e legal, tal como é preconizado no código deontológico do enfermeiro (*Lei n.º 11/2009 de 16 de Setembro - Secção II - do código deontológico do enfermeiro*, 2009).

#### 4.1.2. Melhoria Continua da Qualidade

A qualidade é uma problemática que ocupa um lugar de destaque no dia-a-dia institucional dos prestadores de cuidados de saúde. Pode ser definida

como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão (Saturno P. *et al.*, 1990, citado por Direção Geral de Saúde, 2012, p. 2) Verifica-se uma grande preocupação para com esta temática e muitos dos critérios de avaliação na área da saúde passam por ela.

Existem diversas áreas prioritárias de atuação, para a melhoria da qualidade a ser explorados na atualidade, tal como é descrito no eixo estratégicos do Plano Nacional de Saúde (PNS) – Qualidade em Saúde (Direção Geral de Saúde, 2012a): Qualidade clínica e organizacional; Informação transparente ao cidadão; Segurança do doente; Qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde; Gestão integrada da doença e inovação; Gestão da mobilidade internacional de doentes; Avaliação das reclamações e sugestões dos utilizadores do SNS.

Entre as atividades programadas para o meu estágio, encontrava-se o de propor um instrumento de registo (Apêndice XXII) e atuação de enfermagem (Apêndice XXI) para a criança com queimadura no BOP, onde estagiei e onde trabalho como enfermeira perioperatória. Esta necessidade, tal como já referi anteriormente, surgiu do diagnóstico percebido da necessidade da melhoria da qualidade de informação no *hand-over* da criança queimada, bem como na capacitação da continuidade dos cuidados de enfermagem, enquanto profissional integrada na equipa de enfermagem desse mesmo serviço.

Assim, a elaboração da proposta desses instrumentos, a implementação do projeto de melhoria dos cuidados dos queimados no BOP (Apêndice XXIII), bem como a formação em serviço efetuada na área dos cuidados de saúde ao queimado efetuada na UCIP (Apêndices IV, V, VI) e SUP (Apêndices XIV, XV, XVI) e a proposta de Instrução de Trabalho elaborada no SUP (Apêndice XIII), foram atividades que foram ao encontro da melhoria da segurança do doente e consequentemente da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tendo uma repercussão e potencial para melhoria na *praxis*.

As diversas propostas de documentos que elaborei estão em discussão e fase de divulgação e teste, pelos enfermeiros nos EC que realizei, para que se adaptem o mais possível as necessidades das crianças a quem são prestados os cuidados e às necessidades das equipas de enfermagem que os vão utilizar.

Faço, atualmente, parte integrante do grupo que está a implementar o projeto de queimados no BOP, do qual fazem parte as propostas de documento de registo e atuação que elaborei, aguardando as críticas da equipa e da enfermeira chefe para fazer a proposta do mesmo à direção de enfermagem, para posterior implementação.

#### 4.1.3. Gestão dos Cuidados

Tal como já referi, em situações limite e de emergência, ou agravamento da criticidade da mesma, a tomada de decisão do enfermeiro poderá ser exposta ao *stress* e à pressão e tornar-se quase impossível de levar a bom-porto constituindo-se um desafio em enfermagem (Mahmoudi et al., 2013).

Tive a oportunidade de ser orientada por chefes de equipa, no SUP e na UQ, o que me permitiu apreender e compreender qual o papel do chefe de equipa na dinâmica da mesma e na gestão da ação do enfermeiro e dos cuidados prestados.

Foi visível a importância da liderança, na forma como a equipa multidisciplinar respondia à sua ação, modelada pela necessidade de garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Foi também perceptível a mestria necessária para garantir a orientação e supervisão das tarefas delegadas e a adequação dos recursos às necessidades de cuidados, num ambiente e em contextos com tantas carências físicas, financeiras e humanas, como é o nosso contexto atual em saúde (Fernandes, 2011).

#### 4.1.4. Desenvolvimento da aprendizagem profissional

Esta competência terá sido aquela que apresentou um maior desafio para mim e ao mesmo tempo foi o motor de motivação que me levou a ingressar neste CMPSC, constituiu-se num grande desafio, pois embrenhei-me numa área que desconhecia e que por isso foi um período rico em aprendizagens diversas e muitas vezes esmagadoras na medida em que me senti algumas vezes como uma iniciada na arte de ser enfermeira, mas com o avançar do tempo, com o desenvolvimento das competências e com as aprendizagens adquiridas no EC esse sentimento foi-se desvanecendo e aflorou a consciência da capacidade de

compreensão intuitiva das situações diversas, da apreensão direta dos problemas, sem divagar num vasto campo de soluções e diagnósticos possíveis (Benner, 2001).

Este crescimento só foi possível através do *know-how* adquirido e de uma prática fundamentada pela evidência, que me permitiram contribuir para a aprendizagem em contexto de trabalho, através das sessões de formação realizadas, e trilhar caminho para uma facilitação no campo de investigação, com a criação de proposta de documentos de registo, que poderá ser utilizado como indicador de qualidade e contribuir para investigação na área dos cuidados da criança grande queimada.

#### 4.1.5. Cuidados à Pessoa em Situação Crítica

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, é necessário mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística (*Regulamento n.º 122/2011 de 29 de Maio da Assembleia Geral, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, 2011) e de facto, a diversidade de experiências que vivenciei, uma vez que tive a oportunidade de desenvolver competências em contextos tão dispares, permitiram-me aprendizagens que abrangem um vasto leque situações típicas de cada contexto e portanto de cada momento do percurso da criança grande queimadas em contexto hospitalar, tendo sido assim possível construir uma imagem holística e global, refletindo na ação e construindo conhecimento.

Foi assim possível desenvolver competências, tanto ao nível concecional, na medida em consegui perspetivar a gestão e atuação programada em situações de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica, através da absorção do *know-how* dos enfermeiros dos EC e da consulta de normas e diretrizes existentes nos diversos contextos de estágio, como ao nível da prestação de cuidados de enfermagem à criança e pessoa em situação crítica, e sempre que possível à criança grande queimada e sua família, nomeadamente ao nível da comunicação terapêutica, atuando na prevenção e controlo de infeção.

## 4.2. Limitações

As maiores limitações com que me deparei foram associadas a uma limitação percebida logo ao início, que se caracteriza pela pouca experiência que detinha na área do doente crítico em contexto de unidade de cuidados intensivos e serviço de urgência.

Esta situação, não só exigiu um maior investimento na pesquisa de evidência e na autoformação sobre a temática, como poderá ter limitado o aprofundamento do conhecimento e a compreensão de alguns assuntos. Também se demonstrou a falta de experiência referida, na proposta de alguns, embora poucos, objetivos que se demonstraram irreais para os contextos referidos requerendo uma reformulação dos mesmos, nomeadamente o trabalhar com a prevenção da queimadura com os pais/familiares.

Outra limitação, terá sido o *timing* do EC efetuado em contexto de UCIP, uma vez que não me foi possível prestar cuidados a crianças grande queimadas nesse intervalo de tempo, por não ter existido nenhum internamento, sendo que no mês seguinte houve dois internamentos de crianças grandes queimadas nessa unidade. Este facto, embora não impeditivo uma vez que prestei cuidados a crianças sujeitas a diversos fatores de *stress* e em situação crítica e ou emergente, foi limitativo na riqueza das aprendizagens efetuadas nesse contexto e obrigou a adoção de uma estratégia de trabalho que permitiu uma abordagem espalhada das dimensões dos cuidados à criança grande queimada, e também a um trabalho no campo da conceção e da consulta de protocolos e normas de atuação por forma a absorver o máximo de conhecimento acerca da temática.

Por fim, houve também necessidade de adaptação e reorganização da sessão de formação no SUP, uma vez que à data inicialmente acordada com o enfermeiro orientador, este teve de faltar e portanto foi reagendada a sessão de formação para um dia já fora do tempo previsto para o EC, tendo sido informado o Professor Tutor e a Professora coordenadora do CMPSC.

### 4.3. Conclusão e Reflexão finais sobre o percurso efetuado

Chegada a etapa final apraz-me fazer uma breve resenha do percurso que efetuei até me encontrar na conclusão deste documento, que faz adivinhar o atingir da meta a que me propus quando decidi inscrever-me no CMPSC há quase dois anos.

Este percurso foi crivado de expectativas iniciais. Algumas satisfeitas outras postas por terra e outras em muito superadas com o trilhar do tortuoso caminho que me trouxe até este momento. Foi criado um Turbilhão de emoções, que foi do impulso de ir mais longe e superar os meus limites até ao cansaço que gritava muitas vezes pela desistência e esquecimento dos objetivos que defini.

No meio de todo esse tornado de emoções valorou os colegas que comigo constituíram a turma heterogénea onde me inseri, que sempre a postos para apoiar, presentearam-me com novos e diferentes saberes ao partilhar as suas experiências tão diferentes das minhas, enriquecendo-nos a todos mutuamente.

Foram também valiosas as aprendizagens inesperadas ao longo de todo o curso e estágio que também ricas em heterogeneidade, me permitiram adotar uma visão global das crianças a quem presto cuidados mas também do trabalho do enfermeiro nesses contextos, tendo assim moldado e modificado a minha postura enquanto profissional e enquanto enfermeira ao me munirem das ferramentas para intervir na minha prática e contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados.

Vejo-me agora com capacidade de me por no lugar do colega que está do outro lado do *transfer*, que tem a sua realidade e as suas dificuldades, e consigo trabalhar em equipa para a promoção da continuidade dos cuidados e consequente melhoria da qualidade dos mesmos, que era desde o início um dos objetivos a que me propus.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Advanced Life Support Group. (2005). *Advanced Paediatric Life Support - The Practical Approach*. (K. Mackway-Jones, E. Molyneux, B. Phillips, & S. Wieteska, Eds.) (4th ed.). Blackwell Publishing Ltd. Retrieved from [http://portalneonatal.com.br/livros/arquivos/Pediatria/Advanced Paediatric Life Support, 4th Edition.pdf](http://portalneonatal.com.br/livros/arquivos/Pediatria/Advanced_Paediatric_Life_Support_4th_Edition.pdf)
- Al-mousawi, A. M., Mecott-rivera, G. A., Jeschke, M. G., & Herndon, D. N. (2009). Burn Teams and Burn Centers: The Importance of a Comprehensive Team Approach to Burn Care. *Clin Plast Surg*, 36(4), 547–554. doi:10.1016/j.cps.2009.05.015.Burn
- Amaral, M. N., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. (O. dos Enfermeiros, Ed.). Lisboa.
- American Association of Critical-Care Nurses. (2005). Pediatric end-of-life care. *Critical Care Nurse*, (25), 12–13.
- American Burn Association. (2001). Practice Guidelines for Burn Care. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*.
- American College of Surgeons. (2012). *Advanced Trauma Life Support - Student Course Manual* (9th ed.).
- Araújo, A. (2010). Dez crianças são vítimas de queimaduras graves por semana. *Diário de Notícias*, p. 19.
- Azevedo, M. (2011). *Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares - sugestões para a estruturação da escrita*. (Universidade Católica Editora, Ed.) (8ª ed.).
- Bakker, A. (2013). *Beyond pediatric burns*. Amsterdam. Retrieved from [http://brandwondenstichting.nl/\\_downloads/onderzoek/Bakker\\_Beyond\\_Pediatric\\_Burns\\_proefschrift\\_Anne\\_Bakker.pdf](http://brandwondenstichting.nl/_downloads/onderzoek/Bakker_Beyond_Pediatric_Burns_proefschrift_Anne_Bakker.pdf)
- Bakker, A., Van Loey, N. E. E., Van Son, M. J. M., & Van der Heijden, P. G. M. (2010). Brief report: mothers' long-term posttraumatic stress symptoms following a burn event of their child. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(6), 656–61. doi:10.1093/jpepsy/jsp090
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Betty Neuman. (2011). Section 5 - The Neuman Systems Model and Nursing Practice. In *The Neuman Systems Model* (pp. 223–236).
- Brito, M. E. M. De, Damasceno, A. K. D. C., Pinheiro, P. N. D. C., & Vieira, L. J. E. D. S. (2010). A cultura no cuidado familiar à criança vítima de queimaduras. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(2), 321–326. doi:10.5216/ree.v12i2.7457



- Brown, N. J., Rodger, S., Ware, R. S., Kimble, R. M., & Cuttle, L. (2012). Efficacy of a children's procedural preparation and distraction device on healing in acute burn wound care procedures: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 13, 238. doi:10.1186/1745-6215-13-238
- Camões, L. (1953). *Rimas*. Coimbra.
- Carvalho, P. (2014). Avanços no Tratamento cirurgico das queimaduras. In *XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimaduras*. Figueira da Foz, Portugal.
- CHLC. (2010). *Missão, Visão, Valores e Objectivos do CHLC*. Retrieved November 20, 2015, from <http://www.chlc.min-saude.pt/content.aspx?menuid=3>
- Circular Normativa N° 9/DGCGA - Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor (2003).
- Circular Normativa N°07/DQS/DGQO - Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado (2010).
- Côa, T. F., & Pettengill, M. A. M. (2011). A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, 45(4), 825–832.
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, Relatório CRRNEU*.
- D'Souza, A. L., Nelson, N. G., & McKenzie, L. B. (2009). Pediatric burn injuries treated in US emergency departments between 1990 and 2006. *Pediatrics*, 124(5), 1424–30. doi:10.1542/peds.2008-2802
- Dahl, J. B., & Møriniche, S. (2004). Pre-emptive analgesia. *British Medical Bulletin*, 71, 13–27. doi:10.1093/bmb/ldh030
- Deitch, E. A. (2000). The Challenges of Children: The first 48 hours. *The Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 21(5), 424–430. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11020050>
- Direção Geral de Saúde. (2012a). Eixo Estratégico - Qualidade em Saúde. In *Plano Nacional de Saúde* (2012th–2016th ed.). Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (2012b). Objetivos para o Sistema de Saúde - Obter Ganhos em Saúde. In *Plano Nacional de Saúde* (2012th–2016th ed.).
- Direção Geral do Ensino Superior. (2008). *Descritores de Dublin*. Retrieved April 21, 2014, from <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>

- El Hamaoui, Y., Yaalaoui, S., Chihabeddine, K., Boukind, E., & Moussaoui, D. (2006). Depression in mothers of burned children. *Archives of Women's Mental Health*, 9(3), 117–9. doi:10.1007/s00737-006-0124-1
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). *Objectivos e competências do CMEPSC*. Retrieved from <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Fernandes, A. C. (2011). A Crise e os Desafios do Sistema de Saúde. *Revista Portuguesa de Gestão E Saúde*, 4–5.
- Foreman, M. D., Fulmer, T. T., & Milisen, K. (2010). *Critical Care Nursing of Older Adults: Best Practices*. Retrieved from <http://books.google.pt/books?id=FckchBSqT0MC&pg=PA134&lpg=PA134&dq=Nelms,+2007&source=bl&ots=K4tov91BNt&sig=FHf2b7u6DOYm-NJaF3lrTwwdfaw&hl=pt-BR&sa=X&ei=X9NoVPuLGsSxPK6egcgM&ved=0CB8Q6AEwAA#v=snippet&q=family,fear,Nelms,2007&f=false>
- Francisco, T., Nóbrega, S., Valente, R., Santos, M., Pereira, G., Estrada, J., ... Ventura, L. (2013). Grande queimado numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos – experiência de 20 anos, *XXII*, 151–157.
- Friedrich, T., & Weber, M. (2014). Gestão de Conflitos: Transformando Conflitos Organizacionais em Oportunidades. Retrieved from [http://crars.org.br/artigos\\_interna/gestao-de-conflitos-transformando-conflitos-organizacionais-em-oportunidades-41.html](http://crars.org.br/artigos_interna/gestao-de-conflitos-transformando-conflitos-organizacionais-em-oportunidades-41.html)
- Garros, D. (2003). A “good” death in a pediatric ICU: is it possible? *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)*, (79).
- Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., & Côté, J. (2014). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 307–318. doi:10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x
- Gerard Beerthuizen, & Magnette, A. (2013). *European Practice Guidelines for Burn Care*. Retrieved from [http://euroburn.org/wp-content/uploads/2014/01/EBA\\_-\\_Guidelines\\_-\\_2013\\_Vienna\\_Edition.pdf](http://euroburn.org/wp-content/uploads/2014/01/EBA_-_Guidelines_-_2013_Vienna_Edition.pdf)
- Gimeniz-paschoal, S. R. (2009). EFECT OF AN EDUCATIVE ACTION ON RELATIVES ' KNOWLEDGE ABOUT CHILDHOOD BURNS AT HOME ^ Disponible en castellano / Disponivel em lingua portuguesa SciELO Brasil [www.scielo.br/rlae](http://www.scielo.br/rlae), 17(3).
- Greater Manchester & Cheshire Cancer Network. (2013). *PAIN & SYMPTOM CONTROL GUIDELINES Palliative Care*. Retrieved from [http://www.christie.nhs.uk/media/447895/Pain\\_and\\_Symptom\\_Control\\_Guidance.pdf](http://www.christie.nhs.uk/media/447895/Pain_and_Symptom_Control_Guidance.pdf)

- Guerra, A. S. (2014). Utilização de Substitutos Cutâneos Biológicos e Sintéticos. In *XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimaduras*. Figueira da Foz, Portugal.
- Harrison, T. (2011). Family Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(5), 335–343. doi:10.1016/j.pedn.2009.01.006.Family
- Henrique, D. D. M., Silva, L. D., Cristina, A., Paula, A., & Barbosa, M. (2013). Controle de infecção no centro de tratamento de queimados: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 12(4), 230–234.
- Hilliard, C., & O'Neill, M. (2010). Nurses' emotional experience of caring for children with burns. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19-20), 2907–15. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03177.x
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Inkelstein, M. (2006). *FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA - WONG (7ª ed.)*. (Elsevier, Ed.) (7th ed.). MOSBY.
- Holmes, A. (2004). An emotional roller coaster: a parent's perspective of ICU. *Paediatric Nursing*, 16(1), 40–43.
- Hupcey, J. E. (1999). Looking out for the patient and ourselves - the process of family integration into the ICU. *Journal of Clinical Nursing*, (8), 253–262. Retrieved from [http://www.readcube.com/articles/10.1046/j.1365-2702.1999.00244.x?r3\\_referer=wol&tracking\\_action=preview\\_click&show\\_checkout=1](http://www.readcube.com/articles/10.1046/j.1365-2702.1999.00244.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1)
- Hynes, P., Conlon, P., O'Neill, J., & Lapinsky, S. (2008). Partners in critical care. *Canadian Association Critical Care Nurses*, 19(1), 12–18.
- Johansen, M. L. (2012). Keeping the peace: Conflict management strategies for nurse managers. Newark: Lippincott Williams & Wilkins, Inc. Retrieved from [http://journals.lww.com/nursingmanagement/Fulltext/2012/02000/Keeping\\_the\\_peace\\_\\_\\_Conflict\\_management\\_strategies.13.aspx](http://journals.lww.com/nursingmanagement/Fulltext/2012/02000/Keeping_the_peace___Conflict_management_strategies.13.aspx)
- Johnson, M., Maas, M. L., & Moorhead, S. (2004). *Classificação dos Resultados de Enfermagem*. (Artmed, Ed.) (2ª ed.). Porto Alegre.
- Karkkainen, O., Bondas, T., & Eriksson, K. (2005). Documentation of Individualized Patient Care: A Qualitative Metasynthesis. *Nursing Ethics*, 2(12). Retrieved from <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ec5f5af1-e33f-4f90-b55d-3726dc627a4a@sessionmgr4004&vid=2&hid=4209>
- Kazak, A. E., Alderfer, M., Rourke, M. T., Simms, S., Streisand, R., & Grossman, J. R. (2004). Posttraumatic Stress Disorder ( PTSD ) and Posttraumatic Stress Symptoms ( PTSS ) in Families of Adolescent Childhood Cancer Survivors. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(3), 211–219.

- Klein, D., Michelle, D., Katz, E., & Bena, J. (2010). Pain assessment in the intensive care unit: Development and psychometric testing of the nonverbal pain assessment tool. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 39(6), 521–528. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956310002086>
- Lehna, C., Rosenberg, L. E., Adler-Baugh, K., Epperson, K. M., Amrhein, C. a, & Agular, I. (2011). Family orientation to a pediatric burn ICU hospital using a DVD. *Pediatric Nursing*, 37(4), 200–4. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21916348>
- Lei n.º 11/2009 de 16 de Setembro - Secção II - do código deontológico do enfermeiro (2009).
- Mace, S. E., & Mayer, T. a. (2008). Triage. In *Pediatric Emergency Medicine* (pp. 1087–1096).
- Mahmoudi, H., Mohmmadi, E., & Ebadi, A. (2013). Barriers to nursing care in emergency wards. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(2), 145–151. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748571/?report=printable>
- McCloskev, J. C., & Bulechek, G. M. (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem*. (Artmed, Ed.) (3ª ed.). Porto Alegre.
- Moffatt, C., Flanagan, M., & Shuttleworth, A. (2004). Wound bed preparation in practice. *Position Document*, 1–20.
- Moore, S. M. (2012). The European HANDOVER project: the role of nursing. *BMJ Quality & Safety*, 21(December), 6–9. doi:10.1136/bmjqs-2012-001253
- Neuman, B. (2011). *The Neuman Systems Model*. (M. Connor, Ed.) (5ª ed.). PEARSON.
- Norma 022/2012 da Direção-Geral da Saúde - Abordagem Hospitalar das Queimaduras (2012).
- NSW Severe Burn Injury Service. (2004). *Clinical Practice Guidelines Burn Wound Management*.
- Odar, C., Kirschman, K. J. B., Pelley, T. J., Butz, C., Besner, G. E., & Fabia, R. B. (2013). Prevalence and correlates of posttraumatic stress in parents of young children postburn. *Journal of Burn Care & Research: Official Publication of the American Burn Association*, 34(3), 299–306. doi:10.1097/BCR.0b013e31825ae15d
- Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*. Retrieved from [http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764\\_miolo.pdf](http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf)

- Pais, S. A. (2012). *O Doente Crítico*. Universidade Católica Portuguesa. Retrieved from <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10219/1/TESE SONIA PAIS.pdf>
- Pearson, A., & Vaughan, B. (1986). *Modelos para o Exercício de Enfermagem* (1ª ed.). Londres: Nursing, Heineman.
- Pinheiro, J., & Ramos, L. (2005). *Métodos Pedagógicos* (4ª ed.). Instituto do Emprego e Formação Profissional. Retrieved from <http://opac.iefp.pt:8080/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=21415&img=889>
- Pradines, S. M. S., Ferraz, E. M., Simons, M., & Paulo, M. Q. (2012). TRATAMENTO DE PEQUENOS E GRANDES QUEIMADOS. *Boletim Técnico Do LQPN*, (16), 5–6.
- Regulamento n.º 122/2011 de 29 de Maio da Assembleia Geral, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Pub. L. No. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011 (2011). Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf)
- Regulamento n.º 124/2011 de 20 de Novembro da Assembleia Geral, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Pub. L. No. 8656 Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011 (2010). Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento124\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf)
- Rice, P. L., & Orgill, D. P. (2014). *Emergency care of moderate and severe thermal burns in adults*. UpToDate.
- Rodrigues, A. M. P. (2008). *Balneoterapia - Um estudo realizado na Unidade Funcional de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Coimbra.
- Rodrigues, A. S. F. (2010). *Relatório de Estágio na Unidade de Queimados*. Universidade do Porto, Faculdade de Medicina.
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência*, (11), 59–62.
- Serafim, Z. (2014). Tratamento das Queimaduras Pediátricas em Portugal. In *XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimaduras*. Figueira da Foz, Portugal.
- Shannon, K., & Bucknall, T. (2003). Pain assessment in critical care: what have we learnt from research. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19(3), 154–162. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0964-3397\(03\)00027-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0964-3397(03)00027-2)

- Sharma, R. K., & Parashar, A. (2010). Special considerations in paediatric burn patients. *Indian Journal of Plastic Surgery: Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 43(Suppl), S43–50. doi:10.4103/0970-0358.70719
- Shrestha, S. R. (2006). Burn injuries in pediatric population. *JNMA; Journal of the Nepal Medical Association*, 45(163), 300–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17334419>
- Soares, M. R., Valente, P., Vale, M. do C., Estrada, J., Ventura, L., Barata, D., & Vasconcelos, C. (2007). Perfil do grande queimado em cuidados intensivos pediátricos - Experiência de doze anos ., XVI, 70–73.
- Souza, E. S., & Escobar, E. M. A. (2000). Importância da participação dos pais nos cuidados durante a hospitalização de seus filhos. *Revista de Enfermagem UNISA*, (1), 104–107.
- Stafford, P., Wood, U. R., Surgery, P., Wood, R., Curran, T., & Johnson, R. W. (2010). Burn Management in Pediatric Patients. *Emergency Medicine Reports*, 15(12), 213–222.
- Stevens, S., & Pickering, D. (2011). Keeping good nursing rec cords : a guide. *Comunity Eye Health Journal*.
- Swor, R., McEachin, C. M., Seguin, D., & Grall, K. H. (2004). Prehospital pain management in children suffering traumatic injury. *Prehospital Emergency Care : Official Journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*, 9(1), 40–3. doi:10.1080/10903120590891930
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (Lusodidacta, Ed.) (Lusociênci.). Loures.
- Tourais, I. (2014). Tratamento da Dor na Unidade de Queimados. In *XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimaduras*. Figueira da Foz, Portugal.
- Vale, M. do C., Estrada, J., & Vasconcelos, C. (2000). Grande Queimado em cuidados Intensivos Pediátricos. In *Acta Pediátrica. Port.*, 2000; Vol. 31 (6th ed., pp. 427–30).
- Vendrusculo, T. M., Balieiro, C. R. B., Echevarría-Guanilo, M. E., Junior, J. A. F., & Rossi, L. A. (2010). Burns in the Domestic Environment: Characteristics and Circumstances of Accidents. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3).
- Vivar, C. G. (2006). Putting conflict management into practice : a nursing case study. *Journal of Nursing Management*, 14(3), 201–206. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2934.2006.00554.x/pdf>



- Williams, C. (2011). Assessment and management of paediatric burn injuries. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 25(25), 60–4, 66, 68. doi:10.7748/ns2011.02.25.25.60.c8349
- Xambres, F. (2014). Nutrição no Doente Queimado. In *XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimaduras*. Figueira da Foz, Portugal.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de Caso Planejamento e Métodos*.
- Young, J., Siffleet, J., Nikoletti, S., & Shaw, T. (2006). Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(1), 32–39. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339705000613>





## **APÊNDICES**



## **Apêndice I – Cronograma de atividades**



## Cronograma de Atividades

	maio			Junho			Julho			Outubro			Novembro			Dezembro			Janeiro			Fevereiro			Março	Abril	Maio								
	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	29*	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	5	12	19	26	2	9	16	23	2		
	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	6	13	20	27	6					6	
13																																			
Elaboração, entrega e apresentação do pré-projeto																																			
Elaboração e entrega do projeto									25																										
Fundamentação/pesquisa da evidência científica																																			
Idas a campo	29			16					16				6																						
Ensino Clínico 1 - UCIP																																			
Atividade 1 - XII RACAPQ																	15																		
Ensino Clínico 2 - SUP																																			
Ensino Clínico 3 - UQ																																			
Atividade 2 - 9as Jornadas do Doente Crítico																																			
Ensino Clínico 4 - BOP																																			
Elaboração e entrega do relatório												29*																						6	
Orientação Tutorial																																			

\* Setembro

\*\* Janeiro



**Apêndice II – Objetivos, atividades e competências a desenvolver  
em estágio**





## **Objetivos, atividades e competências a desenvolver em estágio**

No desenvolver do meu projeto, o meu objetivo geral definiu-se por: desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem Especializados à criança/família em situação crítica, preferencialmente a criança grande queimada, no percurso hospitalar.

Os objetivos específicos, que propus, foram:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança grande queimada, antecipando instabilidade e risco de falência orgânica.
- Desenvolver competências na prevenção e controlo da infeção na criança grande queimada.
- Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança grande queimada nas perturbações do foro emocional e psicológico.
- Reconhecer o percurso da criança grande queimada, num hospital especializado na criança queimada.
- Promover ações de formação dos enfermeiros do bloco operatório pediátrico do [REDACTED], acerca da prestação de cuidados de enfermagem à criança queimada, e proposta de documento de registo dos cuidados de enfermagem prestados no bloco operatório, à criança queimada, promovendo a continuidade dos cuidados

### **Ensinos Clínicos 1 e 2 – UCIP/SUP:**

- **Objetivos**
  1. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/família em situação crítica, preferencialmente a criança grande queimada
  2. Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/família em situação crítica, preferencialmente a criança grande queimada nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica nomeadamente ao nível da comunicação interpessoal;

3. Desenvolver competências ao nível da maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção da à criança/família em situação crítica, preferencialmente a criança grande queimada.
4. Desenvolvimento da proposta de atuação e registo dos cuidados de enfermagem à criança queimada no BOP

- **Competências:**

1. Presta cuidados de enfermagem especializados à criança/família em situação crítica, preferencialmente a criança grande queimada demonstrando um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica.
2. Presta cuidados de enfermagem especializados à criança/família em situação crítica, preferencialmente a criança grande queimada, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
3. Presta cuidados de enfermagem especializados à criança/família em situação crítica, preferencialmente a criança grande queimada através da promoção de um ambiente terapêutico e seguro.
4. Presta cuidados de enfermagem especializados à criança/família em situação crítica, preferencialmente a criança grande queimada, gerindo-os, com vista à otimização das respostas da equipa de enfermagem e dos seus colaboradores e também da articulação na equipa multiprofissional.
5. Presta cuidados de enfermagem especializados à criança/família em situação crítica, preferencialmente a criança grande queimada baseados na evidência da área da especialidade.
6. Presta cuidados de enfermagem especializados à criança/família em situação crítica, preferencialmente a criança grande queimada em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.
7. Presta cuidados de enfermagem especializados que visem a maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção da criança/família em situação crítica, preferencialmente a criança grande queimada.

8. Presta cuidados de enfermagem especializados à criança/família em situação crítica, preferencialmente a criança grande queimada gerindo: a comunicação interpessoal, a relação terapêutica e as perturbações emocionais decorrentes da situação crítica.
9. Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte da proposta de atuação e registo dos cuidados de enfermagem no BOP.

- **Atividades:**

- Integração na equipa multidisciplinar, prestando cuidados de enfermagem à criança em situação crítica, preferencialmente à criança grande queimada e sua família/pessoa de referência,
- Conhecimento dos objetivos do serviço,
- Conhecimento do modelo de prestação de cuidados,
- Perceção da gestão dos cuidados de enfermagem pela equipa,
- Estudo de caso: Cuidados de enfermagem especializados à criança grande queimada internada na UCIP,
- Reflexão: Gestão da dor e do bem-estar da criança em situação crítica.
- Reflexão: Cuidados de Enfermagem especializados à criança grande queimada. Os pais como parceiros nos cuidados,
- Realizar ações de educação para a saúde à criança/família, preferencialmente à criança grande queimada, com vista a promoção da prevenção como intervenção,
- Realização de ações de formação para profissionais de saúde, se assim se verificar pertinente.

### **Ensino Clínico 3 – UQ**

- **Objetivo:** Desenvolvimento da proposta de atuação e registo dos cuidados de enfermagem à criança grande queimada no BOP
- **Competências:**
  1. Aquisição de conhecimentos avançados sobre diretivas na área da qualidade e em melhoria dos cuidados.

2. Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte da proposta de atuação e registo dos cuidados de enfermagem no BOP.

- **Atividades:**

- Integração na equipa multidisciplinar, prestando cuidados de enfermagem à pessoa grande queimada e sua família/pessoa de referência,
- Conhecimento dos objetivos do serviço,
- Conhecimento do modelo de prestação de cuidados,
- Perceção da gestão dos cuidados de enfermagem pela equipa, de forma a compreender a dinâmica de uma UQ,
- Conhecer a estrutura física e os recursos materiais e humanos que constituem a UQ.
- Reflexão: Cuidados de enfermagem especializados à pessoa grande queimada numa UQ, que benefícios?

#### **Ensino Clínico 4 – BOP**

- **Objetivo:** Desenvolvimento e apresentação de proposta de atuação e registo dos cuidados de enfermagem à criança grande queimada no BOP.
- **Competências:**
  1. Baseia a prática clínica especializada à criança grande queimada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, avocando-se como facilitador da aprendizagem e formador em contexto de trabalho.
  2. Divulga experiências de sucesso ao nível da área da governação clínica.
  3. Gere cuidados à criança grande queimada em situação crítica otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores bem como a articulação na equipa multiprofissional.
  4. Atua como dinamizador e gestor da incorporação de novo conhecimento no contexto cuidados de enfermagem especializados, com vista a obter ganhos em saúde para os cidadãos.

5. Demonstra conhecimentos aplicando-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes.

- **Atividades:**

- Apresentação da proposta à equipa de enfermagem do BOP.

Sensibilização da equipa multidisciplinar para a importância da adequada abordagem da criança queimada através de sessões de formação.



### **Apêndice III – Caracterização da UCIP**





## **Caracterização da UCIP**

A UCIP onde estagiei insere-se num CH de Referência, em Lisboa, este CH tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A atividade do CH assegura a cada doente cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e numa lógica de governação clínica, promove uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo, ainda, as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados, conforme o primado do doente (2010).

**Estrutura Física:** A UCIP é constituída por 9 quartos, em que dois deles têm a capacidade para três camas, e os restantes são utilizados para isolamento, cada um deles com uma cama, sendo que dois dos quartos de isolamento estão preparados para criar um ambiente de pressão positiva ou pressão negativa. No total o serviço apresenta uma capacidade para nove doentes pediátricos. Cada quarto é equipado com um armário, que alberga todo o material necessário para a prestação de cuidados. Estes armários têm a mesma disposição em todos os quartos.

Tendo uma estrutura de corredor com os diversos quartos dispostos contralateralmente metade da unidade é ocupada pelos mesmos, a outra metade alberga uma casa de banho para os doentes/famíliares, uma arrecadação com materiais necessários à prestação de cuidados e uma farmácia, a sala de trabalho, onde se encontra algum material como soros, antissépticos e uma máquina para leitura das gasimetrias, e alguns fármacos dispostos em dois frigoríficos, a sala de equipamentos, onde se encontram ventiladores, aparelhos de imagiologia, incubadoras, bombas infusoras, entre outros, a sala de material de esterilização, a sala onde estão sistemas de UPS e algum material como mascarar de oxigénio, tubos endotraqueais, adesivos, sondas nasogástricas, entre outros, o vestiário e uma casa de banho para os profissionais de saúde, a sala de espera, um vestiário e uma casa de banho para os pais, uma sala dos médicos onde estes se reúnem, o gabinete da secretária de unidade, o gabinete da enfermeira chefe; o gabinete do médico chefe; a sala dos sujos, onde é feita a descontaminação dos diversos materiais e descarte do lixo e roupas infetadas, a rouparia, a copa e um arquivo.

**Estrutura orgânica:** A equipa de enfermagem é constituída por trinta e quatro elementos. A dotação de enfermeiros difere de acordo com o turno em questão sendo que, no turno da manhã, das 8h às 16h:30, a equipa é constituída por seis/sete enfermeiros, em que cinco prestam cuidados e dois assumem responsabilidades de chefia e coordenação. No turno da tarde, das 16h às 23h e no turno da noite: das 22h30 às 8h30, a equipa é constituída por cinco enfermeiros prestadores de cuidados, no entanto sendo que um dos elementos assume o papel de chefe de equipa, ficando a seu cargo a gestão do serviço, apenas presta cuidados diretos se o serviço apresentar dotação de crianças suficiente.

Em colaboração com a equipa de enfermagem é residente uma equipa médica 24h por dia, e uma/duas assistentes operacionais e uma auxiliar de limpeza, nos turnos da manhã está também presente uma secretária de unidade.

**Caracterização da População:** A população que usufrui dos cuidados prestados na UCIP são crianças cujas idades vão dos 29 dias até aos 18 anos menos um dia.

Os diagnósticos que relevam o internamento na UCIP são muito variados, mas as patologias aparentemente com mais prevalência, relacionam-se com descompensação respiratória. Assim a equipa de enfermagem percebe que as patologias mais frequentes são: patologias do foro neurológico, cardíaco e respiratório, sepsis, queimados, intoxicações, politraumatizados, patologia médica, pós-cirúrgicos e oncologia.

**O Acolhimento da criança/família:** A admissão da criança neste serviço pode ser feita através do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), do serviço de urgência pediátrica, da consulta externa ou por transferência de outros serviços deste ou de outro hospital de qualquer zona do país.

Quando o seu internamento é programado, existe a possibilidade de preparação da criança e seus cuidadores para o internamento através de uma visita e acolhimento prévio à UCIP. No entanto no âmbito do doente crítico, tal é raramente possível e nesses casos o acolhimento é feito de forma gradual consoante o estado da criança e a receptividade da família.

Aos cuidadores das crianças, que têm presença permanente nos quartos, é-lhes fornecido um cacifo com o número da cama da criança onde podem colocar durante o período de permanência na UCIP os seus objetos pessoais. É

feita uma ação educativa sobre a etiqueta a seguir na UCIP que se constitui de uma bata para vestir e da lavagem higiênica das mãos. Se a criança estiver num quarto de isolamento é também referida a necessidade de colocar uma máscara para cobrir as vias respiratórias. Outra informação que é transmitida é a possibilidade de permanência junto da criança durante todo o dia, e a permanência de um acompanhante das 23 horas às 8 horas.

Como medida de manutenção de um ambiente terapêutico e seguro é pedido aos pais que tragam, se existir, um objeto significativo para a criança como um peluche ou uma fralda contribuindo para a redução *stress* provocado pela da hospitalização.

Não existem visitas na Unidade. Apenas os cuidadores (frequentemente os pais) das crianças podem permanecer como já referido. No entanto é possível negociar a visita de pessoas significativas para a criança, se se verificar que é uma atitude terapeuticamente benéfica.

Os cuidadores da criança (desde que devidamente justificada pela segurança social) possuem apoio nas refeições principais tendo direito a duas refeições diárias. O hospital dispõe de apoio aos pais das crianças internadas sendo possível oferecer alojamento e apoio às famílias mais desfavorecidas e cuja área de proveniência seja superior a 30 km.

Não é usual a alta para casa sendo comum a transferência para o internamento do hospital ou de outro hospital. Nesta situação é explicado aos cuidadores o local para onde vai a criança, é-lhes pedido para entregarem as chaves do cacifo e entregue um inquérito de satisfação sendo o mesmo de preenchimento anónimo, cujo objetivo é melhorar a prestação de cuidados.

Quando a criança já não necessita de permanecer na UCIP é preenchida uma carta de alta/transferência de enfermagem que é acessível pelo serviço de internamento onde a criança vai continuar o tratamento, permitindo a continuidade de cuidados.

**Dinâmicas do Serviço:** No CH onde se insere a UCIP, os cuidados de enfermagem são prestados de acordo com o modelo teórico de Nancy Roper cujo objetivo é atingir a autossatisfação e a independência nas atividades de vida, dentro dos limites impostos pelas circunstâncias em que se encontre no momento (Tomey & Alligood, 2004).

Cada enfermeiro assume a responsabilidade de prestar cuidados de enfermagem personalizados à criança obedecendo ao método individual de trabalho.

Existem no entanto, de forma a facilitar a gestão do serviço alguma dinâmicas de serviço: o turno da manhã é iniciado com a passagem de turno, em que estão presentes todos os enfermeiros que vão iniciar o turno e todos os enfermeiros da equipa do turno da noite. Seguidamente o chefe de turno da equipa da manhã procede à distribuição das crianças pelos respetivos enfermeiros. A equipa médica redige todas as manhãs uma nova folha de registos onde constam todos os parâmetros a serem avaliados ao longo das 24hs, medicação e soroterapia. O enfermeiro valida todas as prescrições e respetivos ritmos de perfusões, que são sujeitas a alterações de forma constante de acordo com a evolução clínica da criança.

Após a validação de todos os parâmetros e avaliação do estado da criança, iniciam-se os cuidados de higiene, embora algumas crianças prefiram “tomar banho” à noite e nesse caso esse cuidado é prestado no turno da tarde, avaliação dos sinais vitais, administração de medicação e encerramento dos balanços hídricos (conforme prescrição), administração de alimentação, realização de pensos, e exames laboratoriais prescritos. O turno é em tudo semelhante ao turno da manhã, sendo que os cuidados de higiene são mais incomuns. No entanto existe uma dinâmica que é característica deste turno, trata-se da mudança de todos os sistemas, prolongamentos e torneiras quer de soros, quer de medicação, os filtros dos ventiladores mudam-se de 48h em 48h, também no turno da tarde. O turno da noite é idêntico ao turno da tarde à exceção da mudança das traqueias dos ventiladores e mudança de sistemas de soros. Todas as dinâmicas são relativas, dependendo da situação da criança.

**O cuidar da criança queimada:** A criança queimada quando dá entrada na UCIP é colocada num dos quartos de isolamento sujeito a pressão positiva, se possível, para minimizar a exposição a agentes contaminantes, e o seu cuidador é instruído sobre a higienização das mãos e o correto fardamento, colocação de máscara e touca, bem como proteção dos sapatos. O enfermeiro cuidador fica apenas com esse doente atribuído, razão pela qual a UCIP pode receber apenas 5 queimados simultaneamente. A admissão do queimado está sujeita a indicação clínica mas está também protocolada na *Norma 022/2012 da*

*Direção-Geral da Saúde - Abordagem Hospitalar das Queimaduras (2012)*, existindo critério de internamento da criança queimada na UCIP: Existe no serviço um carro que contém todo o material necessário para a prestação de cuidados à criança queimada, que é móvel e pode ser deslocado até a porta dos quartos. A avaliação da evolução da queimadura e do equilíbrio hidroeletrólítico bem como laboratorial, é feita pelos enfermeiros e pela equipa médica em conjunto com a equipa cirúrgica que se dedica aos queimados.



#### **Apêndice IV – Plano de sessão da formação na UCIP**





## Plano De Sessão(Pinheiro & Ramos, 2005)

### 1. Identificação da Ação de Formação

- a. Tema: “Estado d’Arte – Atualidade dos Cuidados a pessoa queimada em Portugal”
- b. Destinatários: Enfermeiros, Assistentes Operacionais e Médicos
- c. Tempo previsto: 30 minutos (16h às 16h30h)
- d. Data: 25 de Novembro de 2014
- e. Local: UCIP [REDACTED]
- f. Formador: Vânia Ribeiro. Estudante de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

### 2. Objetivo Geral

- a. Sensibilizar para as particularidades inerentes ao cuidar do doente queimado

### 3. Objetivos Específicos

- a. Enumerar os componentes de uma avaliação inicial do doente queimado.
- b. Enumerar os componentes de uma avaliação secundária do doente queimado.
- c. Referir pelo menos 4 intervenções para a gestão da dor.
- d. Reconhecer a necessidade de utilização da fórmula de Parkland.

### 4. Pré-requisitos

- a. Enfermeiro, assistentes operacionais e médicos que prestem cuidados a doentes queimados.

Plano de Sessão				
Conteúdos	Metodologia	Recursos Físicos	Avaliação	Tempo
<b>Introdução</b> Apresentação Apresentação dos Objetivos da Sessão	Expositivo	Computador ( <i>Power-Point</i> )		3
<b>Desenvolvimento</b> Avanços Tecnológicos Dor Substitutos cutâneos Nutrição Pediatria	Expositivo		Resposta a questões <i>brainstorming</i>	12

<b>Síntese/Avaliação</b>				10
<b>Conclusão</b> Questões e dúvidas Ficha de avaliação da formação	Interrogativo  Expositivo			5 Minutos

A pesquisa foi efetuada apenas nas bases de dados eletrónicas: MEDLINE e a CINAHL No mês de Novembro de 2014. Através da plataforma EBSCOhost acedi às bases de dados MEDLINE e CINAHL, obtendo um total de 3 artigos que considere adequados para a fundamentação da sessão de formação que apresentei.

Optei por pesquisar em simultâneo na Base de dados *CINAHL Plus with Full Text*; *MEDLINE with Full Text*, através da pesquisa avançada, com os termos “burn\* care AND ped\*”, tendo obtido 8237, resultados. Seguidamente apliquei o limite de “full text”, reduzindo o número de resultados para 1189.

Seguidamente, para refinar a pesquisa apliquei o limite de data de publicação: *Date of Publication: 20050101-20141101*, eliminando todos os documentos com publicação anterior a 2005, e que não apresentassem “full text”. Após o referido obtive um total de 6 resultados. Dos 6 resultados foram lidos os títulos e sumários, permitindo assim realizar uma primeira triagem e eliminados 3 artigos que não se referiam ao tema pretendido. Desta forma, foram assim selecionados 3 artigos resultantes desta pesquisa:

- Pediatric burn injuries.
- Epidemiology of burn injuries: highlighting cultural and socio-demographic aspects.
- Anesthetic considerations for major burn injury in pediatric patients.

Embora não tenha sido incluído na pesquisa no motor de busca da EBSCO, foi também utilizado como referência bibliográfica as comunicações científicas a que assisti na XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimaduras, tendo fundamentado algum do conteúdo nas palestras de Carvalho, 2014; Guerra, 2014; Serafim, 2014; Tourais, 2014 e Xambres, 2014

## 5. Referências Bibliográficas:

1. Carvalho, P. (2014). Avanços no Tratamento cirurgico das queimaduras. In *XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimaduras*. Figueira da Foz, Portugal.
2. Dissanaïke, S., & Rahimi, M. (2009). Epidemiology of burn injuries: highlighting cultural and socio-demographic aspects. *International Review of Psychiatry* (Abingdon, England), 21(6), 505–11. doi:10.3109/09540260903340865
3. Fuzaylov, G., & Fidkowski, C. W. (2009). Anesthetic considerations for major burn injury in pediatric patients. *Paediatric Anaesthesia*, 19(3), 202–211. doi:10.1111/j.1460-9592.2009.02924.x
4. Guerra, A. S. (2014). Utilização de Substitutos Cutâneos Biológicos e Sintéticos. In *XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimaduras*. Figueira da Foz, Portugal.
5. Krishnamoorthy, V., Bhananker, S., & Ramaiah, R. (2012). Pediatric burn injuries. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, 2(3), 128. doi:10.4103/2229-5151.100889
6. Serafim, Z. (2014). Tratamento das Queimaduras Pediátricas em Portugal. In *XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimaduras*. Figueira da Foz, Portugal.
7. Tourais, I. (2014). Tratamento da Dor na Unidade de Queimados. In *XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimaduras*. Figueira da Foz, Portugal.



## **Apêndice V – Formação na UCIP**





## Estado d'Arte

A Atualidade dos Cuidados  
ao Doente Queimado em  
Portugal

Vânia Ribeiro

1

3

## Atualidade

### **Queimados** cada vez **mais críticos**

Limitação das **áreas dadoras**.

Vida diferente → **Integração** na sociedade.

Não há substituto de pele permanente.

Colheita de enxerto autólogo.



Burn ICU

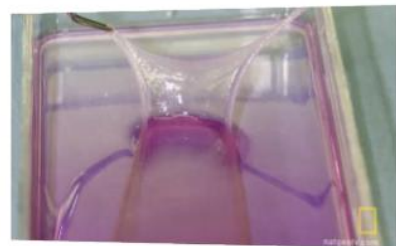
## Avanços Tecnológicos

- Restaurar a barreira cutânea para prevenir a perda de fluidos
  - Expansões → pele de crocodilo



## Avanços Tecnológicos

- Cultura de Queratinócitos
- Membrana amniótica
- Substitutos de pele



- Banco de Pele...
- Células estaminais
  - Critérios de segurança!





## Dor

### 1ª Fase

- **Emergência!**
- 2 a 3 dias

### 2ª Fase

- **Aguda**
- Semanas ou meses
- Ansiedade, stress → diminui a resistência a dor

### 3ª Fase

- **Recuperação**
- Meses ou anos

### 4ª Fase

- **Pós-tratamento**
- Anos ou vitalício → neuropatias, dor fantasma/stress pós-traumático

Estado Hipermetabólico

## Dor: Tratamento Farmacológico



- Analgesia multimodal e balanceada
- Avaliação contínua e atualização
- Individualização
- Não existem Guide-Lines → Estabelecer protocolos
  - Vasto leque de idades
  - Explícitos na dose e momento de administração
  - Formulário limitado → reações monitorizadas



## Dor: Tratamento Não-Farmacológico

### o Sono

- o 50% dos queimados refere não conseguir dormir
- o Dor, ansiedade, desconforto
- o Reviver a situação
- o Estabelecer horários
- o Estimular a compreensão do dia e noite
- o Gestão da dor

### o Meio Envolvente

- o Frio
- o Inatividade
- o Aquecimento
- o Entretenimento



## Dor: Tratamento Não-Farmacológico

### o Técnicas de anulação

- o Distração
- o Imaginação Guiada
- o Hipnose
- o Realidade Virtual

### o Técnicas de aproximação

- o Fornecer informação e preparação psicológica

### o Técnicas de relaxamento

- o Controlo da respiração



## Substitutos Cutâneos Biológicos e Sintéticos

- Existem inúmeros SC
- São sempre temporários
- A **membrana amniótica** portuguesa é mundialmente conhecida pela sua qualidade → tratamento patenteado
- **Pele de Cadáver** → Imunologicamente inerte?
- **Colheita de pele** em coração parado?
- **Banco de pele?** Criopreservação melhor ou não?



## Nutrição: Resposta Metabólica

- **Fase Ebb ou de Choque 6hs a 24hs**
  - Resposta inflamatória
  - Acidose
- **Fase de Flow 3º e 14º dia**
  - Dor
  - Aumento do metabolismo
  - Hipoxia e Hipotensão
  - Medo e Ansiedade
  - Falência multiorgânica
- **Fase de Recuperação meses até 1 ano**
  - Utilização de nutrientes mais adequada

Aumento da secreção e atividade de catecolaminas, corticosteróides e hormona do crescimento, com hiperinsulinemia



## Nutrição

- Via preferencial é a **entérica!**
- **Hidratação**
  - Perdas massivas de líquido pela queimadura
- **Prevenir a desnutrição**
  - Iniciar ingesta 12hs após → via entérica
- **Peso**
  - Monitorizar → não deve perder mais de 10% do peso inicial
  - Perda de peso → aumento aporte de acordo com as necessidades



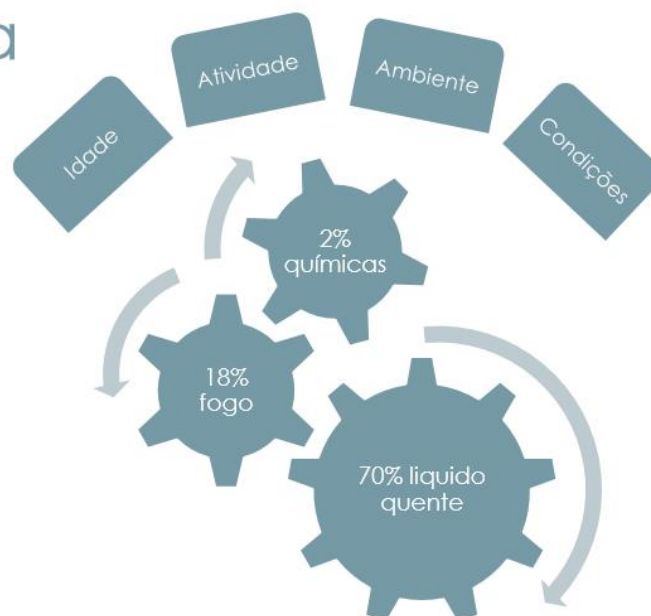
## Pediatria

As **crianças não são adultos pequenos...** precisam de recursos especiais

**Em Portugal não existe uma UQ Pediátricos mas existem 4 UQ de adultos**

## Etiologia

- Quase todas são **preveníveis** ...



## Estatísticas

- 38%** dos queimados em Portugal são crianças
- O maior risco apresenta-se em crianças com **menos de 5 anos**
- Mortalidade** em crianças com menos de 2 anos é **duas vezes superior** ao adulto com lesões equivalentes
- A sobrevida tem vindo a melhorar...



KEEP  
CALM  
AND  
ABCDE

## Abordagem Inicial



### Via aérea

- EET?
- Extensa?
- Face?
- Inalação?

### Ventilação

- Doença Base?
- Tórax?
- Abdómen?

### Circulação

- Fluidos vs, Extensão

### Exame Neurológico

### Ambiente

- Lesões associadas
- Extensão
- Temp.



## Fluidoterapia

- %AQ menor que **20%**
  - fluidos PO ou IV manutenção
- %AQ **20 a 35%**
  - IV manutenção
- %AQ maior do que **35%**
  - **Parkland** → 4ml/kg/%AQ



½ nas 1<sup>as</sup> 8hs e ½ nas 16hs seguintes

- Sinais vitais
- Diurese
- Resposta neurológica





## Fluidoterapia

- **Coloides** → queimaduras extensas
- **Dx5%** → reservas hepáticas de glicogénio vs. aumento do metabolismo em queimaduras extensas



BMT 4/4 ou  
6/6hs



## Queimaduras circunferenciais

- Compromisso circulatório?
- Risco de isquemia distal
- Síndrome compartimental?
- Elevação do membro
- Incisões verticais nas faces laterais do membro. Tórax ou abdómen
- Escarotomia urgente



## Queimaduras circunferenciais

- Suspeita de **COMPROMISSO VASCULAR**? → Não Hesitar!



## Avaliação Secundária

- **História Clínica** detalhada
  - Data e hora
  - Agente causal
  - Tempo de exposição ao agente
  - Como ocorreu
  - Primeiras medidas tomadas
- **Antecedentes pessoais** (vacinas, doenças...); altura e peso





## Avaliação secundária

- **Localização anatômica** – áreas de grande importância
  - **Mãos**
  - **Pés**
  - **Face**
  - **Períneo**
  - **Regiões articulares**



## Primeiro Penso

- **ANALGESIA**
- Lavagem e desinfecção
  - 1º - Água destilada
  - Clorhexidina a 4% diluída em água – **!FACE!**
  - Água destilada *qb*
- Se queimadura química :
  - Remoção de **vestuário** contaminado
  - **Irrigação** abundante



## Penso

- **1º Grau**

- Biafine
- Cloranfenicol pomada (peri-bucal e peri-ocular)

- **2º/3º Grau**

- Sulfadiazina de Ag 1% creme (12 a 24hs)
- Mepilex Ag (D4)/Aquacel Ag (48hs)
- Cloranfenicol pomada (peri-bucal e peri-ocular)



## Flictenas

- **Controverso**

- **Pequenas** flictenas → **não desbridar** – penso biológico
- Flictenas grandes/zona de **flexão** → **desbridar**



## CrITÉrios de Internamento

- **Inalatória?**
- Mais de **5%** AQ em crianças **< 3** anos
- Mais de **8%** AQ em crianças **> 3 e < 5** anos
- Mais de **10%** AQ em crianças **> 5** anos
- AQ superior a **2%** com queimadura **3º Grau**
- **Queimadura circular**
- **Maus tratos?**



Obrigado!

Vânia Ribeiro



## **Apêndice VI – Avaliação da Formação na UCIP**



## **Avaliação da Sessão de Formação** (Pinheiro & Ramos, 2005)

**Tema:** Estado d'Arte – Atualidade dos cuidados ao doente queimado em Portugal

**Local:** UCIP [REDACTED]

**Formador:** Aluna de Mestrado em Enfermagem PSC, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**Formandos:** 8 Enfermeiros

Tendo sido pedido aos formandos que preenchessem a tabela seguinte, obtive o seguinte número de respostas:

<b>Critérios a avaliar</b>	Discorda completamente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
As suas expectativas em relação à formação foram atingidas			5	3
Os objetivos da formação foram atingidos			1	7
Foi útil para a sua atividade profissional			3	5
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos			1	7
A sessão apresentou bom nível pedagógico			6	2
Foram abordados todos os pontos que considera importantes			6	2
Os audiovisuais utilizados foram adequados				8
A duração da formação foi adequada				8
O horário da formação foi adequado			8	





**Apêndice VII – Plano de Cuidados e processo de Enfermagem  
segundo Modelo de Sistema de Betty Neuman**





Curso de Mestrado em  
Enfermagem Na Área de  
Especialização da Pessoa  
em Situação Crítica

Unidade Curricular de  
Ensino Clínico

Local: UCIP

# Cuidados de Enfermagem Especializados à Criança Grande Queimada

---

Relatório de Estágio

Enfermeiro Orientador: Luis Pereira

Professor Orientador: Jorge Ferreira

Estudante: Vânia Ribeiro n.º 65

## ÍNDICE

Introdução

Referencial Teórico - Modelo de Betty Neuman

Identificação do binómio criança-família

Anamnese/História da doença atual

Análise de Fatores

Fatores intrapessoais

Fatores interpessoais

Fatores extrapessoais

Stressores

Identificação dos stressores percebidos pela criança

Identificação dos stressores percebidos pelo enfermeiro

Plano de Cuidados

Prevenção Primária

Prevenção Secundária

Prevenção Terciária

Bibliografia

Anexo I - Plano de Cuidados da BC

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Stressores percebidos pela BC	7
Tabela 2 - stressores percebidos pela família	7
Tabela 3 - Stressores percebidos pelo enfermeiro	8
Tabela 4 - Plano de Cuidados da BC	15

## Introdução

O estudo de caso é uma ferramenta que permite ao enfermeiro, e neste caso ao aluno sistematizar e aprofundar os seus conhecimentos, ao mesmo tempo que reflete sobre a sua prática com o intuito de a melhorar. É um método de pesquisa de natureza empírica que investiga um fenómeno, geralmente contemporâneo, dentro de um contexto real, quando as fronteiras entre o fenómeno e o contexto em que ele se insere não são claramente definidas (Yin, 2001).

Assim, no âmbito da unidade curricular de ensino clínico do curso de mestrado em enfermagem na área de especialização da pessoa em situação crítica, propus-me a realizar um estudo de caso, que abordasse os cuidados de enfermagem à criança grande queimada e sua família. No entanto por não ter sido possível, durante o tempo em que decorreu o ensino clínico, prestar cuidados a uma criança vítima de queimaduras, optei por realizar um estudo de caso sobre a menina BC, que apesar de não ter sido vítima de queimadura, teve de ser submetida a uma fasciotomia e subsequente amputação, condição que é infelizmente muitas vezes observada no doente vítima de queimadura grave.

Desenhei então os seguintes objetivos para este estudo de caso:

- A realização do processo de enfermagem segundo o Modelo Teórico de Betty Neuman na situação de cuidados específica à adolescente internada em cuidados intensivos, construindo um plano de cuidados baseado numa situação e análise de stressores e problemas identificados, servindo de ponto de partida para a compreensão e correta abordagem a uma futura situação de cuidados.

## **Referencial Teórico - Modelo de Betty Neuman**

Núcleo central é um recurso de energia e é constituído por fatores básicos de sobrevivência.

Linha Flexível de defesa: Limite exterior do sistema criança- Atua como um sistema mais externo e protetor para a Linha Normal de Defesa da criança ou estado de bem-estar do sistema. Previne a invasão do sistema criança pelo stressor (ex: mecanismos de resposta).

Linha Normal de Defesa: Esta linha de defesa normal é um padrão de normalidade e ajuda a determinar qualquer discrepância de bem-estar (ex: o padrão habitual de sono varia ao longo do ciclo vital).

Linha de resistência: Fatores, forças, condições estáveis que permitem a defesa contra stressores mantendo o equilíbrio (ex: características da personalidade, recursos económicos, religião, estratégias de coping).

### **Identificação do binómio criança-família**

BC, adolescente de 15 anos, frequenta a escola e refere ter muitos amigos e duas melhores amigas. Pratica hipismo e dança de Sevilhanas como *hobbies*. A professora de Sevilhanas é uma grande amiga com quem mantém uma relação de amizade próxima. Vive com o pai e com a mãe que a acompanham alternadamente na UCIP. Recebe também a visita da tia (irmã do pai) esporadicamente.

### **Anamnese/História da doença atual**

A BC foi diagnosticada com um Osteossarcoma da tíbia proximal à direita em maio de 2014, pelo que foi internada num serviço de pediatria oncológica. Iniciou então a quimioterapia. Foi discutido com a família a possibilidade da necessidade de uma amputação daquele membro e a BC e a sua família foram preparadas para essa eventualidade. No entanto, posteriormente foi proposta uma cirurgia de remoção do osteossarcoma e colocação de prótese do Joelho, com o intuito de preservar o membro. A cirurgia embora longa decorreu sem intercorrências. Foi internada na UCIP para controlo pós cirúrgico. No pós-operatório, foram identificados na UCIP sintomas de compromisso circulatório no

membro operado e a BC foi operada novamente, com o diagnóstico de síndrome compartimental da perna direita, relacionado com complicação pós-cirúrgica.

A BC foi então submetida a fasciotomias, trombulectomia e *bypass* arterial para restabelecimento da circulação da parte distal da perna direita.

Foi posteriormente readmitida na UCIP, tendo sido submetida a diversas sedações para realização de penso no Bloco Operatório. Posteriormente após diversos dias e diversas tentativas de encerramento das fasciotomias, foi diagnosticada uma infecção no membro com febre.

A equipa cirúrgica, conversou com a BC e a família informando que naquele ponto a solução mais adequada seria a amputação do membro afetado.

A BC demonstrou grande tristeza, bem como a sua família, ao receber esta notícia. Sendo que a mãe referiu que “mais valia terem cortado logo no início, em vez de terem dados esperanças”.

### **Análise de Fatores**

O adolescente é caracterizado pela sua busca de independência, autoconfirmação e liberdade com vista à conquista da identidade pessoal. Sendo que qualquer acontecimento que interfira com o alcançar deste objetivo é perspectivado pelo adolescente como uma ameaça. Assim a doença é limitante das suas capacidades físicas, e a hospitalização separa o adolescente dos seus sistemas de apoio usuais, constituindo-se como as principais crises situacionais (Hockenberry, Wilson, & Inkelstein, 2006, p. 642). A par de tudo isto aglomera-se a alteração de imagem corporal inerente a sua condição de saúde e a repercussão na sua vida pessoal e social (Hockenberry et al., 2006, p. 1150).

Os pais da BC ficaram muito afetado do ponto de vista psicológico, com a notícia da necessidade de amputação da perna da filha. Esta situação aliada com a experiência prévia com doença e hospitalização que tiveram com o avô paterno da BC (internado por cancro da próstata), tornaram difícil manter uma atitude positiva perante esta nova situação de *stress*. A mãe refere ter medo que a filha não consiga adaptar-se à alteração da imagem e receia pela alteração da qualidade de vida da mesma.



### **Fatores intrapessoais**

Ocorrem dentro da pessoa. Conforme os agentes de *stress* relacionados com doença, infecção ou trauma, assim as respostas condicionadas às ocorrências da vida, tais como desgosto ou alterações do desenvolvimento, estão incluídas nesta categoria

### **Fatores interpessoais**

Ocorrem com uma ou mais pessoas. Acontecimento tais como conflito familiares, mudança de papéis e dependência podem ser incluídos

### **Fatores extrapessoais**

Ocorrem fora das pessoas. Situações de pobreza, privações, mudança de sistemas educacionais ou culturais são classificados como agentes de *stress* extrapessoais (Pearson & Vaughan, 1986).

## **Stressores**

### **Identificação dos stressores percebidos pela criança**

Com frequência a doença e a hospitalização contribuem para as crises que a criança tem que enfrentar. As crianças são particularmente vulneráveis às crises de hospitalização porque representam uma mudança de estado habitual de saúde e da rotina familiar. As crianças possuem um número limitado de mecanismos para lidar com fatores de *stress* (Hockenberry et al., 2006).

BC (adolescente)	Fisiológico	Desenvolvimento	Espiritual	Psicológico	Sócio-cultural
Intrapessoal	Dor Hospitalização Amputação	Inatividade	-	Hospitalização Alteração da autoimagem Depressão	Afastamento do seu grupo social
Interpessoal	Perda de independência	Afastamento dos grupos de pares	Hospitalização	Afastamento dos grupos de pares	
Extrapessoal	Hospitalização Ruído Privação de sono	Alienação do meio social	-		

*Tabela 3 - Stressores percebidos pela BC*

Os pais com filhos hospitalizados vivenciam um momento de vulnerabilidade, e este momento deve ser encarado como uma oportunidade para repensar os cuidados que lhe são prestados (Côa & Pettengill, 2011).

Família	Fisiológico	Desenvolvimento	Espiritual	Psicológico	Sócio-cultural
Intrapessoal	Dor Hospitalização Amputação			Sentimento de importância Incerteza	Alteração vida pessoal Alteração Profissional
Interpessoal	Assegurar as necessidades	Ansiedade Restrição física	Hospitalização	Hospitalização Amputação Dor	
Extrapessoal	Hospitalização Ruido Privação de sono			Hospitalização	

*Tabela 4 - stressores percebidos pela família*

### **Identificação dos stressores percebidos pelo enfermeiro**

Os enfermeiros devem exercer as funções de cuidadores e educadores, permitindo que a família se mantenha fortalecida e autónoma na situação de crise, desenvolvendo um cuidar que envolva as dimensões éticas. Deve assim oferecer as condições à família para as tomadas de decisão, por meio de informação e conhecimento sobre a situação da criança, a fim de permitir que esta faça suas próprias escolhas de maneira livre e esclarecida, consolidando o princípio da autonomia. (Côa & Pettengill, 2011).

Enfermeiro	Fisiológico	Desenvolvimento	Espiritual	Psicológico	Sócio-cultural
Intrapessoal	Dor (BC) Amputação Infecção	Privação de relacionamento com os pares Hospitalização (binómio)		Hospitalização (binómio) Dor (BC) Sentimento de impotência (pais)	
Interpessoal		Restrição física Medo de prestar cuidados a BC	Hospitalização	Dor (pais) Amputação (pais) Incerteza (pais)	
Extrapessoal	Ruido Iluminação Mobilização Cirurgia	Inatividade			Hospitalização (pais) Alterações vida familiar e financeira (pais)

*Tabela 5 - Stressores percebidos pelo enfermeiro*

## **Bibliografia**

Betty Neuman. (2011). Section 5 - The Neuman Systems Model and Nursing Practice. In *The Neuman Systems Model* (pp. 223–236).

Côa, T. F., & Pettengill, M. A. M. (2011). A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, 45(4), 825–832.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Inkelstein, M. (2006). *FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA - WONG* (7a ed.). (Elsevier, Ed.) (7th ed.). MOSBY.

Johnson, M., Maas, M. L., & Moorhead, S. (2004). *Classificação dos Resultados de Enfermagem*. (Artmed, Ed.) (2a ed.). Porto Alegre.

McCloskev, J. C., & Bulechek, G. M. (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem*. (Artmed, Ed.) (3a ed.). Porto Alegre.

Pearson, A., & Vaughan, B. (1986). *Modelos para o Exercício de Enfermagem* (1a ed., pp. 20 – 31). Londres: Nursing, Heineman.

Yin, R. K. (2001). *Estudo de Caso Planejamento e Métodos*.

## Plano de Cuidados

A hospitalização da criança é uma oportunidade para o investimento na promoção da saúde (Côa & Pettengill, 2011).

Prevenção como intervenção: Ações de enfermagem são iniciadas para melhor reter, atender e manter uma ótima saúde ou bem-estar do cliente, utilizando três níveis de prevenção como intervenção para a manutenção da estabilidade do sistema (Betty Neuman, 2011):

### Prevenção Primária

- Reduz a possibilidade de encontro com o stressor
- Fortalece a linha flexível de defesa

### Prevenção Secundária

- Identificação precoce dos stressores
- Tratamento de sintomas

### Prevenção Terciária

- Readaptação
- Reeducação para prevenção de ocorrências futuras
- Manutenção da estabilidade

Perante um mesmo fator de *stress* podem ser implementadas medidas de prevenção de diversos níveis. Optei por apresentar o plano de cuidados com base na Classificação de Intervenções em Enfermagem de McCloskev & Bulechek (2004) e na Classificação dos Resultados em Enfermagem de Johnson, Maas, & Moorhead (2004), por forma a sistematizar o mesmo com enfoque nos stressores identificados. Infelizmente não me foi possível efetuar uma avaliação do plano de cuidados pelo breve contato que tive com a BC.

Assim, selecionei os fatores de *stress* do binómio BC/família que identifiquei como prioritários, pois seria possível levantar inúmeros diagnósticos (Anexo A).

## Anexo A - Plano de Cuidados da BC

Diagnósticos		Intervenções	Resultados esperados
Pais	Padrão de sono comprometido	<p>Incremento do Sono: Facilitação dos ciclos dormir/acordar de forma regular:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar a importância do sono adequado perante situações de <i>stress</i> psicológico</li> <li>• Adaptar o ambiente para promover o sono regulando os estímulos ambientais de modo a manter os ciclos normais de dia e noite</li> <li>• Agrupar atividades de cuidado de modo a minimizar os momentos de acordar a BC/Pais (intervalos mínimos de 90 minutos)</li> <li>• Incentivar os pais a ir a casa por algumas horas ou revezarem-se entre si</li> </ul>	<p>Que os pais da BC consiga ter uma extensão e padrão de suspensão natural e periódica da consciência durante a qual o corpo se restabelece caracterizada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas de sono suficientes</li> <li>• Tempo de sono ininterrupto adequado</li> </ul>
	Autocuidado diminuído	<p>Assistência no Autocuidado: Assistência para que os pais da BC realizem as atividades de vida diária:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar a necessidade dos pais de recursos de adaptação para higiene pessoal, vestir-se, arrumar-se e alimentar-se</li> <li>• Reforçar a importância do seu bem-estar para cuidar da BC</li> </ul>	<p>Que os pais da BC apresentem capacidade para desempenhar as tarefas físicas e atividades de cuidados pessoais mais básicos</p>
	<p>Impotência perante a dor da filha</p> <p>Preocupação aumentada</p> <p>Ansiedade e medo aumentado</p> <p>Incerteza</p>	<p>Promoção do coping Familiar: facilitação da participação da família no cuidado emocional e físico da BC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar as capacidades dos pais da BC para o envolvimento no cuidado da BC</li> <li>• Identificar as preferências dos pais da BC em relação ao envolvimento nos cuidados com a BC</li> <li>• Identificar as expectativas dos pais em relação a BC</li> <li>• Encorajar os cuidados pelos pais durante a hospitalização</li> </ul>	<p>Que os pais da BC se envolvam no processo de tomada de decisão, prestação e avaliação de cuidados prestados à BC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participam nos cuidados</li> <li>• Recebem informações relevantes</li> <li>• Tomam decisões e participa na tomada de decisão com a BC</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar a compreensão dos pais quanto aos aspetos médico da doença</li> <li>• Identificar outros <i>stressores</i> situacionais para os pais</li> <li>• Identificar os sintomas físicos de <i>stress</i> dos pais da BC</li> <li>• Identificar e respeitar os mecanismos de coping dos pais</li> <li>• Ajudar os pais a adquirirem os conhecimentos necessários para cuidar a BC</li> <li>• Reconhecer e alertar para a necessidade dos pais terem folgas e momentos de alívio dos cuidados à BC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliam a eficácia do cuidado</li> </ul>
B.C.	Dor e medo da dor relacionado com amputação	<p>Controlo da dor: Alívio ou redução da dor a um nível de conforto que seja aceite pela BC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterizar a dor da BC</li> <li>• Observar indicadores verbais e não-verbais de desconforto da BC</li> <li>• Administrar analgesia segundo prescrição e sempre que necessário, especialmente antes de procedimentos dolorosos</li> <li>• Valorizar a experiência de dor anteriores da BC</li> <li>• Controlar os fatores ambientais</li> <li>• Reduzir ou eliminar os fatores precipitantes de dor como a mobilização</li> <li>• Encorajar a BC a monitorizar a própria dor</li> <li>• Ensinar o uso de técnicas não farmacológicas de controlo da dor como relaxamento e respiração profunda, antes, após e durante as atividades dolorosas</li> </ul>	<p>Que a BC não apresente efeitos nocivos da dor observados ou relatados sobre as emoções e o comportamento tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relações interpessoais prejudicadas</li> <li>• Recreação comprometida</li> <li>• Atividades de lazer comprometidas</li> <li>• Sensação de controlo comprometida</li> <li>• Sensação de esperança comprometida</li> <li>• Falta de paciência</li> <li>• Sono interrompido</li> <li>• Mobilidade física prejudicada</li> <li>• Autocuidado prejudicado</li> <li>• Falta de apetite</li> <li>• Eliminação prejudicada</li> </ul> <p>Que não apresente Respostas cognitivas e emocionais à dor física:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupação quanto à tolerância a dor</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensação de depressão</li> <li>• Sensação de ansiedade</li> <li>• Sentimento de tristeza</li> <li>• Medo da dor</li> <li>• Culpabilização dos outros</li> <li>• Raiva</li> </ul>
	<p>Infeção e risco de infeção relacionado com ferida cirúrgica/Amputação e com estado imunológico comprometido pela quimioterapia</p>	<p>Proteção contra infeção: Prevenção e deteção precoce de infeção:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar os sinais e sintomas sistémicos e locais de infeção</li> <li>• Monitorizar a vulnerabilidade à infeção</li> <li>• Monitorizar os valores laboratoriais indicativos de infeção</li> <li>• Limitar o número de visitas quando adequado</li> <li>• Providenciar cuidado adequado à pele em áreas edemaciadas</li> <li>• Examinar a pele e membranas mucosas para zonas hiperemiadas, calor ou edema</li> <li>• Examinar o estado evolutivo da ferida cirúrgica</li> <li>• Promover a ingesta nutricional e hídrica adequada</li> <li>• Administração da antibioterapia adequadamente</li> <li>• Ensino do binómio BC-família de uma higiene adequada</li> <li>• Colocar a BC em quarto particular</li> <li>• Utilização de técnica limpa e asséptica sempre que necessário</li> </ul>	<p>Que apresente adequação da resistência natural e adquirida, adequadamente direcionada a antígenos internos e externos manifestado pela não presença de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infeções recorrentes</li> <li>• Estado gastrointestinal comprometido</li> <li>• Estado genitourinário comprometido</li> <li>• Hipertermia ou febre</li> <li>• Interrupção da integridade da pele e mucosas</li> <li>• Alteração dos parâmetros laboratoriais</li> </ul>
	<p>Padrão de sono comprometido relacionado com dor e internamento na UCIP</p>	<p>Incremento do Sono: Facilitação dos ciclos dormir/acordar de forma regular</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar o padrão de sono/atividade da BC</li> <li>• Aproximar o ciclo regular de sono/estado de alerta da BC, no plano de cuidados</li> <li>• Explicar a importância do sono adequado durante processos de recuperação e <i>stress</i> psicológico</li> </ul>	<p>Sono: Extensão e padrão de suspensão natural e periódica da consciência durante a qual o corpo se restabelece</p> <p>Horas de sono, sono ininterrupto: moderadamente ou levemente comprometido</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar os efeitos da terapêutica medicamentosa nos padrões de sono</li> <li>• Monitorizar/registar o padrão de sono da BC e a quantidade de horas dormidas</li> <li>• Adaptar o ambiente para promover o sono regulando os estímulos ambientais de modo a manter os ciclos normais de dia e noite</li> <li>• Auxiliar a BC a limitar o sono diurno, providenciando atividades que promovam o estado de alerta, quando adequado, mas permitindo que a necessidade de descanso seja satisfeita</li> <li>• Implementar medidas de conforto como massagem e posicionamento</li> <li>• Agrupar atividades de cuidado de modo a minimizar os momentos de acordar da BC (intervalos mínimos de 90 minutos)</li> <li>• Adaptar o horário de administração dos medicamentos de modo a apoiar o ciclo de sono</li> </ul>	
	Padrão de alimentação comprometido relacionado com dor	<p>Promoção da ingestão de nutrientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Negociação da dieta com a BC respeitando a dieta prescrita</li> <li>• Organizar a bandeja com os alimentos e a mesa de maneira atraente</li> <li>• Criar um ambiente agradável durante as refeições</li> <li>• Providenciar alívio adequado da dor antes das refeições, quando necessário</li> <li>• Providenciar higiene oral antes das refeições</li> <li>• Perguntar à BC a sua preferência nos alimentos</li> <li>• Oferecer água após os alimentos se necessário</li> <li>• Alimentar a BC sem pressa</li> <li>• Encorajar os pais a ajudar na alimentação</li> </ul>	Que a BC alcance um estado nutricional adequado demonstrado por uma quantidade adequada de alimento e líquido consumido durante 24 horas



	Desenvolvimento comprometido relacionado com isolamento e inatividade	<p>Melhoria do desenvolvimento da BC: facilitação de um ótimo crescimento físico, cognitivo, social e emocional da BC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover uma relação de confiança entre a BC e os pais</li> <li>• Encorajar a BC a estar ativamente envolvido nas decisões acerca do cuidado da sua própria saúde.</li> <li>• Proporcionar aconselhamento e orientação de saúde à BC e aos pais.</li> <li>• Promover a higiene pessoal e o autocuidado</li> <li>• Promover uma dieta saudável</li> <li>• Facilitar o desenvolvimento da identidade sexual</li> <li>• Facilitar a capacidade de tomar decisões</li> <li>• Encorajar reações não violentas na resolução de conflitos</li> <li>• Encorajar a manutenção de relações sociais</li> </ul>	<p>Desenvolvimento com indicadores de progresso físico, cognitivo e psicossocial da BC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa habilidade de interação social</li> <li>• Usa habilidades de resolução de conflitos</li> <li>• Demonstra estratégias de <i>coping</i></li> <li>• Demonstra níveis de autonomia crescentes</li> <li>• Usa pensamento operacional formal</li> </ul>
	Alteração da autoimagem relacionada com amputação	<p>Melhoria da Imagem Corporal: melhorar as percepções e atitudes conscientes e inconscientes da BC em relação ao seu corpo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar as expectativas da BC sobre a imagem corporal com base no estágio de desenvolvimento</li> <li>• Usar orientação antecipada para preparação da BC para as mudanças na imagem corporal inerentes à amputação</li> <li>• Determinar se o desgosto percebido quanto a amputação cria uma paralisia social disfuncional na BC</li> <li>• Ajudar a BC na discussão de mudanças causadas pela amputação</li> <li>• Auxiliar a BC a determinar a extensão das reais mudanças no corpo e o seu nível de funcionamento</li> <li>• Ajudar a BC a separar a aparência física dos sentimentos de valor pessoal</li> <li>• Ajudar a BC a discutir os stressores que afetam a imagem corporal em relação à amputação.</li> <li>• Monitorizar se a BC consegue olhar para o coto de amputação</li> </ul>	<p>Que a BC tenha uma imagem corporal adequada com percepção positiva da própria aparência e das funções do organismo, demonstrada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coerência entre a realidade corporal, ideal corporal e apresentação corporal</li> <li>• Desejo de tocar a parte afetada</li> <li>• Satisfação com a aparência corporal</li> <li>• Satisfação com a função do corpo</li> <li>• Adaptação as mudanças na aparência física</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar a percepções da BC e família sobre a alteração da imagem do corpo <i>versus</i> a realidade</li> <li>• Identificar estratégias de coping usadas pelos pais em resposta à amputação da filha</li> <li>• Determinar a forma como a criança reage à reação dos pais</li> <li>• Ensinar aos pais a importância das suas respostas em frente à BC</li> <li>• Identificar meios de reduzir o impacto da amputação utilizando roupa e próteses</li> <li>• Recomendar grupos de apoio para a BC e para os pais</li> </ul>	
--	--	---	--

*Tabela 6 - Plano de Cuidados da BC*

## **Apêndice VIII – Reflexão Crítica: A Morte em Cuidados Intensivos**



## **Reflexão crítica – morte em cuidados intensivos**

O turno de hoje foi o turno da Noite. Foi-nos atribuída a menina A.

A menina A estava ventilada em pressão controlada, entubada com TET 5.5. tinha um abdómen volumoso por ascite. Tinha SNG em drenagem ativa de baixa pressão com conteúdo bilioso. Estava algaliada, e apresentava urina castanha muito escura, o que relacionado com altos níveis de creatinina e amónia e portanto uma função renal muito alterada. Estava também a fazer hemodiafiltração, através de cateter próprio na subclávia à esquerda. Tinha mais dois acessos periféricos, um na mão esquerda e outro no pé esquerdo.

Apresentava diversos pontos de descamação cutânea ao nível da face, orelhas e pescoço, que se apresentavam com aspeto de queimadura. O mesmo se verificava na zona perineal. Era aplicado creme hidratante e óxido de zinco sempre que se prestavam cuidados de conforto e higiene.

Em relação ao estado hemodinâmico, apresentava-se taquicardia e hipotensa, com MAPs também baixas. Tinha diversas aminas em perfusão, bem como soro composto e diversos analgésicos e sedativos.

Por voltas das 2hs, após prestação de cuidados de conforto e higiene e massagem com creme hidratante. O quadro hemodinâmico foi-se deteriorando e a menina A entrou em paragem cardíaca. O enfermeiro Luís, que me orienta o estágio, iniciou a massagem cardíaca enquanto eu chamei à atenção do sucedido à equipa.

Por me encontrar ainda há relativamente pouco tempo em contato com este serviço e respetiva equipa, tomei a decisão de não intervir diretamente uma vez que não estou ainda familiarizada com os métodos de trabalho e uma vez que se encontravam no local pessoas suficientes para assumir os diversos papéis necessários na reanimação, fiquei no entanto no local para ajudar com algum material que possa ser necessário, e se assim se verificasse necessidade para substituir o colega nas compressões. No entanto pelo quadro deteriorado da menina A e pela ausência de resposta à adrenalina que foi administrada a equipa médica/enfermagem decidiu cessar manobras de reanimação e administrar bólus de opióide para potenciar conforto e a menina A acabou por falecer.

Este foi um momento bastante conflituoso no que me diz respeito, como enfermeira, aluna e pessoa, pois a morte de um doente é sempre acompanhada de uma carga emocional bastante pesada. “Prestar cuidados de enfermagem excepcionais a crianças em situação de fim de vida, é da mais nobres atividades de enfermagem, no entanto temos muitas vezes pouco conhecimento e/ou pouco conforto ao fazê-lo” (American Association of Critical-Care Nurses, 2005).

Seguiu-se a preparação do corpo e a receção da família para visitar o corpo e despedir-se da menina A. Foi difícil o momento em que a família se dirigiu à equipa e agradeceu todo o esforço que houve nos cuidados à criança. Não pude deixar de pensar no paradoxal que é uma pessoa agradecer pela morte de um familiar. E o que devo responder? Qual a linguagem corporal adequada? “A literatura destaca a necessidade de desenvolver os estudos sobre cuidados de enfermagem em fim de vida em pediatria” (Burns, Mitchell, Griffith & Truog citado por American Association of Critical-Care Nurses, 2005).

Esta é uma situação com a qual não estou muito familiarizada, pois no meu contexto de trabalho é muito raro ocorrer. E a parte do relacionamento com os pais também não me é familiar pois o contacto com os familiares no Bloco Operatório é muito reduzido e de curta duração.

Na UCIP estabelece-se um vínculo enfermeiro/familiares que não é tão evidente no Bloco Operatório que é o meu local de trabalho. Pelo que não estou habituada a vivenciar estas situações, de forma tão próxima.

Segundo a literatura é encorajada a partilha de sentimentos da equipa de enfermagem para com estas crianças/famílias, mas não existem receitas para uma abordagem correta, no entanto, a honestidade e abertura para escutar o outro são os dogmas a adquirir (American Association of Critical-Care Nurses, 2005).

É sempre uma situação que “por muitas vezes que aconteça, nunca nos habituamos” como disse o Enf.º Luis, mas efetivamente acontece e é importante que os enfermeiros e restante equipa multidisciplinar esteja preparada para estas situações.

É importante falar sobre o assunto e é importante expressar as dificuldades sentidas, para que se possa melhorar e adquirir ferramentas para gerir estas situações tal como a American Association of Critical-Care Nurses (2005) refere,

“precisamos de ser pró-ativos na nossa educação no que concerne aos cuidados de enfermagem em fim de vida.”

Não posso deixar de pensar que poderia ter dado mais apoio aquela família? Chamar o psicólogo?

Garros (2003) refere a existência de grupos de luto, que tem como principal função ajudar a família no processo de luto e minimizar o desaparecimento do apoio ininterrupto da equipa de saúde que se tornou parte integrante do seu dia-a-dia e um recurso que deixou de existir.

Neste Centro hospitalar este grupo não existe, e portanto este choque inerente á morte da criança é apenas volatizado pela nossa presença naquele momento.

Esta vivência, que apesar de alguns colegas, e até mesmo eu, na altura, tenha nomeado de “azar”, veio enriquecer-me enquanto enfermeira, pois despertou-me para diversos pormenores, tais como promover o conforto da criança na altura da sua morte, a preparação do corpo para que o choque da família seja minorado, e apoio que a família necessita que só pode ser dado questionando a família sobre qual a melhor forma de os ajudar (American Association of Critical-Care Nurses, 2005) como por exemplo a religião ou a presença de um psicólogo, mantendo uma postura adequada e disponível.

### **Bibliografia:**

American Association of Critical-Care Nurses. (2005). Pediatric end-of-life care. *Critical Care Nurse*, (25), 12–13.

Garros, D. (2003). A “good” death in a pediatric ICU: is it possible? *Jornal de Pediatria* (Rio de Janeiro), (79).





## **Apêndice IX – Reflexão Crítica: Dor na UCIP**



## Reflexão crítica – Dor na UCIP

A dor tem sido identificada como um problema importante para as pessoas em situação crítica (Shannon & Bucknall, 2003) e uma gestão adequada da dor requer uma abordagem sistemática na sua avaliação, tendo como “gold-standard” a autoavaliação da dor (Klein, Michelle, Katz, & Bena, 2010).

No primeiro dia de estágio, apesar de não me encontrar acompanhada pelo meu enfermeiro orientador, fiz o turno da manhã em que fui apresentada à equipa de enfermagem e me foi apresentado o espaço físico da UCIP.

Neste turno acompanhei o enfermeiro Pedro. Acabei por me centrar mais nos cuidados à menina BC, que teve de ser recentemente sujeita a uma fasciotomia por ocorrência de síndrome compartimental pós cirúrgico, não só por ter estado presente na sua cirurgia mas também por se tratar de uma situação que pode ser relacionada com o doente queimado, que é muitas vezes sujeito a fasciotomia (Rice & Orgill, 2014 & American College of Surgeons, 2012).

A menina BC, tem 14 anos, e deu entrada no Hospital [REDACTED] no dia 26 de Outubro para ser sujeita a colocação de prótese do joelho à direita, por osteossarcoma da tibia proximal. No pós-operatório desenvolveu um quadro de dor no membro operado e zonas de necrose cutânea em diversos pontos da parte distal da mesma perna. Foi sujeita a uma trombulectomia e *bypass* na artéria tibial posterior e encontra-se agora internada na UCIP para vigilância e controlo da dor, sendo que se tem deslocado ao Bloco Operatório quase todos os dias para fazer penso sob sedação.

A menina BC passou o dia com queixas algicas permanentes e foi necessário recorrer a todos os analgésicos de resgate. Encontrou-se triste, desanimada e com queixas gastrointestinais permanentes. Foram prestados os cuidados de higiene e conforto, em conjunto com a mãe a pedido da BC que fica mais calma na presença desta, embora tenha intervindo pouco nos cuidados de higiene, referindo medo de magoar a BC.

Apesar de se ter administrado um analgésico antes desta intervenção, com o intuito de evitar que a dor se instalasse de forma tão exacerbada (Dahl & Møiniche, 2004) e de se ter tido em conta o posicionamento e a limitação máxima do movimento da perna afetada, bem como de se ter posto a televisão no canal

preferido da BC para que assistisse durante a prestação de cuidados (Gélinas, Arbour, Michaud, Robar, & Côté, 2014), a BC chorou durante todo o tempo em que se prestou os cuidados de higiene. Tremia também de frio o que aumentava muito a sua dor pela contração muscular que isso provocava.

A BC não se alimentou por falta de apetite e por ocorrência de náuseas e vômitos sempre que tentou comer, provavelmente relacionadas com a dor não controlada (Greater Manchester & Cheshire Cancer Network, 2013). Posicionou-se a cama, pediu-se o sumo preferido da BC, administrou-se a medicação analgésica e antiemética para náuseas e vômitos, bem como protetor gástrico, de acordo com a prescrição, mas mesmo assim a BC não conseguiu comer nem beber nada. O Enfermeiro Pedro também ofereceu à BC diversos tipos de entretenimento, livros, musica para que se distraísse e fosse possível uma abstração da situação, com o intuito de reduzir a intensidade da dor, mas a BC não quis nenhum tipo de distração... esteve sempre acompanhada do pai ou da mãe que a tentaram reconfortar continuamente.

O penso cirúrgico da BC repassava muito pelo que foi reforçado por duas vezes, o que aumentava imenso a dor e o desconforto da Beatriz. Foi comunicado à equipa de cirurgia que o penso efetuado estava a ser bastante ineficaz e a provocar um grande desconforto para a BC. Foi discutido com a equipa médica a necessidade de acrescentar um novo medicamento analgésico uma vez que os intervalos entre a necessidade de analgesia eram muito curtos, apesar de se encontrar com cateter epidural com perfusão contínua de ropivacaína e morfina, e que qualquer intervenção que envolvesse a mobilização era extremamente doloroso e requeria uma pré-analgesia mais forte.

A dor excruciante e o medo são aspetos presentes na maioria dos dias de uma criança internada (Hockenberry et al., 2006), tal como estão presentes no dia-a-dia da criança queimada, especialmente nas fases iniciais da queimadura, (Williams, 2011). A natureza dolorosa dos procedimentos necessários para o tratamento de queimaduras têm um grande impacto nas emoções e comportamento destas crianças (Wiechman and Patterson 2004, citados por Williams, 2011).

A avaliação da dor é sujeita a uma prescrição médica, com um intervalo de tempo obrigatório e no caso da BC foi prescrita a avaliação de 4 em 4 horas, mas

a verdade é que a avaliação por parte do enfermeiro Pedro se verificou constante, baseando-se na escala FLACC e das alterações hemodinâmicas, comportamentais ou pela verbalização do seu aumento por parte da BC tal como a literatura recomenda (Shannon & Bucknall, 2003). Alguns elementos da equipa tem uma relação de maior proximidade com a BC e vieram visita-la ao quarto mas verificou-se que não havia o mesmo tipo de *feed-back*. Na passagem de turno, falou-se da menina BC, comparou-se opiniões dos diversos enfermeiros e das impressões de cada um no que respeita ao seu estado psicológico e físico. Esta reflexão em equipa é feita sempre que se verifica uma situação que suscita essa necessidade.

Esta situação provocou-me algum desconforto. No meu dia-a-dia profissional, a minha interação com as crianças é feita com estas sob anestesia, ou sob sedação, pelo que, o provocar dor, por efetuar algum procedimento é um fenómeno que me é completamente alheio há já algum tempo. Associada a esta característica de novidade, o facto de todas as intervenções que efetuamos para minorar a dor estarem a ser muito pouco eficazes, fez com que me sentisse “inútil” perante a situação de desespero da BC. Por outro lado, ao ver “o outro lado”, ou seja, a situação pós operatória das crianças de quem cuido no Bloco Operatório, deu-me a oportunidade de refletir na importância de muitos dos “gestos” que posso ter no Bloco Operatório, para minorar a dor no pós-operatório, como por exemplo o posicionamento da criança, a administração de analgesia em intervalos adequados, a avaliação adequada do penso cirúrgico por forma a diminuir a necessidade de reforço no pós-operatório, a manutenção da temperatura por forma a evitar o tremer que provoca muita dor. E o facultar a presença dos pais o mais precocemente possível no acordar da anestesia, no recobro (Hockenberry et al., 2006).

## Bibliografia

American College of Surgeons. (2012). Advanced Trauma Life Support - Student Course Manual (9th ed.).

Dahl, J. B., & Møiniche, S. (2004). Pre-emptive analgesia. *British Medical Bulletin*, 71, 13–27. doi:10.1093/bmb/ldh030

Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., & Côté, J. (2014). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 307–318. doi:10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x

Greater Manchester & Cheshire Cancer Network. (2013). PAIN & SYMPTOM CONTROL GUIDELINES Palliative Care. Retrieved from [http://www.christie.nhs.uk/media/447895/Pain and Symptom Control Guidance.pdf](http://www.christie.nhs.uk/media/447895/Pain_and_Symptom_Control_Guidance.pdf)

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Inkelstein, M. (2006). FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA - WONG (7a ed.). (Elsevier, Ed.) (7th ed.). MOSBY.

Klein, D., Michelle, D., Katz, E., & Bena, J. (2010). Pain assessment in the intensive care unit: Development and psychometric testing of the nonverbal pain assessment tool. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 39(6), 521–528. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956310002086>

Rice, P. L., & Orgill, D. P. (2014). Emergency care of moderate and severe thermal burns in adults. UpToDate.

Shannon, K., & Bucknall, T. (2003). Pain assessment in critical care: what have we learnt from research. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19(3), 154–162. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0964-3397(03)00027-2

Williams, C. (2011). Assessment and management of paediatric burn injuries. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 25(25), 60–4, 66, 68. doi:10.7748/ns2011.02.25.25.60.c8349

**Apêndice X – Reflexão Crítica: Os pais enquanto companheiros nos cuidados**





## **Reflexão crítica – Os pais enquanto companheiros nos cuidados**

No decorrer do ensino clínico na unidade de cuidados intensivos pediátricos, deparei-me com a presença, quase constante, do pai/mãe/familiar que acompanha a criança. A única experiência que tinha de prestar cuidados de enfermagem numa unidade de cuidados intensivos foi adquirida também em forma de ensino clínico, e teve lugar numa unidade de cuidados intensivos de cardiotorácica. Nesta unidade não podiam estar presentes os familiares, e tinham horários de visitas muito restritos e para apenas uma pessoa. Assim a realidade de presença constante ou quase constante de um familiar, foi um conceito novo que me suscitou alguma curiosidade, e questionei-me se iria ser um fator favorecedor ou pelo contrário se é uma situação que se torna dificultador na prestação de cuidados de enfermagem às crianças internada na UCIP.

Tal como para quase todas as perguntas que me tenho colocado ao longo da minha vida académica e profissional, e até mesmo pessoal, a melhor resposta é usualmente: depende!

De acordo com Hockenberry, Wilson, & Inkelstein (2006, p. 638), um dos maiores stressores que aflige a criança hospitalizada é a ansiedade pela separação. Esta é de tal forma importante que pode condicionar a recuperação e bem-estar da criança. Para além da separação da família, está também sujeita a uma grande alteração ambiental e à privação dos seus bens materiais, o que transforma o internamento da UCIP numa experiência negativa para o seu desenvolvimento (Souza & Escobar, 2000). Por outro lado a criança que experimenta um comportamento estranho por parte dos pais, como expressões de angústia, choro ou gritos, apresenta um aumento do seu *stress* psicológico que se pode manifestar fisiologicamente (Hockenberry et al., 2006, p. 702).

A criança queimada não é alheia a esta situação, sendo que estes pais estão muitas vezes assoberbados com culpa ou noutras situações adotam uma postura de culpabilização da criança pela sua traquinice, o que vem aumentar o *stress* da criança no ambiente de internamento (Brito, Damasceno, Pinheiro, & Vieira, 2010).

Deste modo encontra-se aqui um paradoxo, entre o benefício versus malefício da presença dos pais junto da criança na UCIP. Tal como é

da minha experiência na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica onde exerço funções, estão ambos presentes e depende da equipa de enfermagem mediá-los e geri-los para que a recuperação e bem-estar da criança sejam alcançados (Holmes, 2004).

Com o evoluir da profissão, aposta-se na humanização dos cuidados, e defende-se o cuidado centrado na família e no doente (Hynes, Conlon, O'Neill, & Lapinsky, 2008), pois a recuperação da criança é francamente otimizada com a presença dos pais, não só pela redução da ansiedade da separação, mas porque os pais são as pessoas que melhor a conhecem e portanto, importantes companheiros no cuidado a estas crianças (Hockenberry et al., 2006; Souza & Escobar, 2000), tal como se comprovou pelo número de vezes em que me dirijo até perto da criança e a mãe ou o pai dizem “Sra. Enfermeira... ele normalmente faz isto quando tem fome...” ou “ele está muito quieto... fica assim quando tem febre...”. Mas para que a criança possa usufruir do benefício desta parceria, é importante cuidar dos pais, e efetivamente utilizar a filosofia dos cuidados centrados no binómio família-criança.

Num momento futuro deste ensino clínico irei ter a oportunidade de prestar cuidados a adultos vítimas de queimaduras internados numa unidade de queimados. É do meu conhecimento que em alguns dos casos as queimaduras são graves o suficiente para comprometer a capacidade de comunicação dos doentes e a dor e o desconforto a que estes doentes estão sujeitos são por vezes tão elevados que prejudicam a comunicação com os outros (Young, Siffleet, Nikoletti, & Shaw, 2006), tal como acontece com as crianças. Seria importante a presença de um familiar próximo junto destes doentes na melhoria dos cuidados prestados? Não se mostraria uma mais-valia?

O ambiente da UCIP é extremamente extenuante para os pais e crianças, luzes contantes, cansaço físico e emocional, falta de privacidade, preocupação pela vida que está em *stand-by* lá fora... e todos estes fatores de *stress* provocam reações nos pais e criança para os quais o enfermeiro deve estar desperto e saber atuar (Hockenberry et al., 2006).

Verifiquei que é necessária alguma perspicácia e por vezes persistência para atuar perante os desgastes dos pais e tive a oportunidade de presenciar e utilizar algumas atuações de enfermagem neste sentido tais como negociações

entre o enfermeiro e a família para que os pais fossem “apanhar ar”: “Sra. enfermeira eu vou, mas fica aqui ao pé dele não é?”. O manter a família informada é também outra forma de a apaziguar bem como o ensinar como cuidar da criança, fazendo-os sentir mais competentes e capazes de cuidar da criança (Hockenberry et al., 2006; Souza & Escobar, 2000).

Devido ao curto espaço de tempo em que tenho contato com os pais no meu local de trabalho, sendo muitas vezes de cerca de 30 minutos podendo ir até um máximo de 2 horas, nunca consegui atuar de forma muito adequada neste aspeto. No entanto ao presenciar, e tendo a oportunidade de refletir sobre este aspeto, penso ser possível identificar os sinais de desgaste dos pais, e embora, tendo consciência de que a minha presença perto destes é de curta duração e portanto podendo não haver tempo para o estabelecimento de um relação terapêutica que me permita atuar adequadamente, ser-me-á possível contribuir para uma continuidade de cuidados, estabelecendo uma parceria com os colegas que vão atuar junto do binómio família-doente, nas enfermarias/unidades através do registo adequado e passando a informação de forma adequada e explícita sobre os fenómenos observados (Amaral & Gonçalves, 2005, artº 83), como o cansaço da mãe que se revela muitas vezes enquanto a criança ainda dorme na recuperação da anestesia e não requer a sua vigilância constante.

## **Bibliografia**

Amaral, M. N., & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico dos Enfermeiros. (O. dos Enfermeiros, Ed.). Lisboa.

Brito, M. E. M. De, Damasceno, A. K. D. C., Pinheiro, P. N. D. C., & Vieira, L. J. E. D. S. (2010). A cultura no cuidado familiar à criança vítima de queimaduras. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(2), 321–326. doi:10.5216/ree.v12i2.7457

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Inkelstein, M. (2006). FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA - WONG (7a ed.). (Elsevier, Ed.) (7th ed.). MOSBY.

Holmes, A. (2004). An emotional roller coaster: a parent's perspective of ICU. *Paediatric Nursing*, 16(1), 40–43.

Hynes, P., Conlon, P., O'Neill, J., & Lapinsky, S. (2008). Partners in critical care. *Canadian Association Critical Care Nurses*, 19(1), 12–18.

Souza, E. S., & Escobar, E. M. A. (2000). Importância da participação dos pais nos cuidados durante a hospitalização de seus filhos. *Revista de Enfermagem UNISA*, (1), 104–107.

Young, J., Siffleet, J., Nikoletti, S., & Shaw, T. (2006). Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(1), 32–39. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339705000613>

## **Apêndice XI – Reflexão Crítica: Comunicação e apoio emocional**



## **Reflexão crítica – comunicação e apoio emocional**

Num dos turnos em que estagiei na UCIP, deu entrada o menino JD, com 9 anos, um politraumatizado. Embora consciente e com boas saturações periféricas de O<sub>2</sub>, apresentava a marca do cinto de segurança e vinha com o diagnóstico de contusão pulmonar e apresentava um padrão respiratório rápido e pouco expansivo.

Embora respondesse a ordens simples e verbalizasse a dor, não parecia ter um discurso coerente e orientado. Apresentava fraturas das duas pernas e antebraço esquerdo, bem como da clavícula direita, sendo que os membros se encontravam engessados. Estava algaliado e tinha dois acessos venosos periféricos. Foi prescrita e colocada de imediato uma perfusão de morfina, e pediu-se RX tórax e eco abdominal para que se pudesse fazer seguir para o Bloco Operatório.

No turno seguinte o menino JD encontrava-se acompanhado com a sua Tia. Estava aparentemente, do ponto de vista físico, melhor no entanto apresentava um fâcies triste e suspirava com alguma frequência.

Foi um turno com alguma carga emocional, uma vez que para além dos cuidados de enfermagem relativos aos cuidados de higiene e conforto, diversas terapêuticas, foi requisitado o apoio da pedopsiquiatria para ajudar a equipa, a família e o JD a lidar com a notícia de morte da mãe do JD.

O JD ainda não foi informado deste acontecimento, e devido a carga emocional a que a tia está sujeita, relacionada com o estado crítico do irmão (pai do JD) situação de doença do pai, morte recente da mãe e morte da cunhada, decidiu-se pedir apoio da pedopsiquiatria.

A reunião com a Pedopsiquiatria foi surpreendente. A Tia foi informada de que teria de ser ela a dar a notícia ao JD. A Tia perguntou como é que ela poderia falar com o JD para que ele compreendesse (o JD tem 9 anos). A psiquiatra disse que a tia conhecia melhor o menino do que ela e portanto a Tia saberia melhor do que ela o que dizer. A Tia insistiu em receber alguma orientação, e surgiu o tema da religião, uma vez que o JD é bastante religioso. A psiquiatra receitou um calmante para o JD e para a Tia, para o momento em que esta desse a notícia.

Pessoalmente achei que seria da competência do psiquiatra dar esta notícia conjuntamente com a restante equipa e família, uma vez que, no meu ver, é dotado de saber no âmbito da comunicação neste tipo de situação.

Em contexto de aulas deste mestrado, tive a excelente oportunidade de ouvir a partilha de experiências do psicólogo do INEM que me transmitiu a sua experiência em dar a notícia da morte de pessoa significativas e familiares a vítimas de acidentes e também de dar notícia da morte da vítima aos seus familiares, pelo que esta abordagem me surpreendeu.

A tia do JD ficou nitidamente sujeita a um *stress* maior do que já se encontrava. Será esta a forma mais adequada?

O enfermeiro perito em cuidados de enfermagem em situação crítica considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação crítica e à sua família, mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística (*Regulamento n.º 124/2011 de 20 de Novembro da Assembleia Geral, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*, 2010). Neste caso seria importante mobilizar conhecimentos relacionados com competência comunicacionais e de ajuda, como a escuta ativa, a elaboração de planos de ação, por forma a assistir nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, gerindo a comunicação interpessoal (*Regulamento n.º 124/2011 de 20 de Novembro da Assembleia Geral, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*, 2010).

O acompanhamento aos familiares é de extrema importância pois estes podem experienciar ansiedade, medo e sentimentos de impotência (Brody, 1990 & Nijboer et. al, 2000, citados por Foreman, Fulmer, & Milisen, 2010, p. 135). No entanto se for dada resposta às necessidades dos familiares, estes podem ser capacitados para dar conforto e suporte emocional ao doente (Hupcey, 1999, p. 253) e reduzir o risco de *stress* para a criança (Seagull, 2000 citado por Kazak et al., 2004).

Assim mostrou-se evidente a importância que temos enquanto equipa multidisciplinar em situações-limite, tão comuns no ambiente de unidade de cuidados intensivos do foro emocional não só para o doente mas também para



a família, e a importância que tem o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida para que seja possível apoiar e estar presente quando necessário intervir ao nível da gestão da ansiedade, medo e mediação da comunicação família-doente.

## **Bibliografia**

Foreman, M. D., Fulmer, T. T., & Milisen, K. (2010). Critical Care Nursing of Older Adults: Best Practices. Retrieved from <http://books.google.pt/books?id=FckchBSqT0MC&pg=PA134&lpg=PA134&dq=Nelms,+2007&source=bl&ots=K4tov91BNt&sig=FHf2b7u6DOYm-NJaF3lrTwwdfaw&hl=pt-BR&sa=X&ei=X9NoVPuLGsSxPK6egcgM&ved=0CB8Q6AEwAA#v=snippet&q=family,fear,Nelms,2007&f=false>

Hupcey, J. E. (1999). Looking out for the patient and ourselves - the process of family integration into the ICU. *Journal of Clinical Nursing*, (8), 253–262. Retrieved from [http://www.readcube.com/articles/10.1046/j.1365-2702.1999.00244.x?r3\\_referer=wol&tracking\\_action=preview\\_click&show\\_checkout=1](http://www.readcube.com/articles/10.1046/j.1365-2702.1999.00244.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1)

Kazak, A. E., Alderfer, M., Rourke, M. T., Simms, S., Streisand, R., & Grossman, J. R. (2004). Posttraumatic Stress Disorder ( PTSD ) and Posttraumatic Stress Symptoms ( PTSS ) in Families of Adolescent Childhood Cancer Survivors. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(3), 211–219.

Regulamento n.º 124/2011 de 20 de Novembro da Assembleia Geral, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Pub. L. No. 8656 Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011 (2010). Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_124\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf)



## **Apêndice XII – Caracterização do SUP**



## **Caracterização do SUP**

O Serviço de Urgência Pediátrica onde estagiei insere-se num Centro Hospitalar de Referência, em Lisboa. Este Centro Hospitalar tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde. A atividade do Centro Hospitalar assegura a cada doente cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e numa lógica de governação clínica, promove uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo, ainda, as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados, conforme o primado do doente (2010).

**Estrutura Física:** O SUP é constituído por duas partes fisicamente independentes, a urgência pediátrica médica e a urgência pediátrica cirúrgica. A UPM, tem um formato de corredor em T albergando os diversos setores ao longo do corredor, assim no início do corredor encontra-se a sala de espera com acesso à rua e ao SUPM, em seguida encontra-se a receção e imediatamente a seguir uma sala que alberga três postos de triagem, sendo um deles fisicamente isolável, onde são triados casos infectocontagiosos. Ao longo do restante corredor, encontram-se dispostos 6 gabinetes médicos, 1 sala de reanimação, uma sala de aerossóis, e a sala de SO, que pretende ser um local para internamentos de curta duração, constituída por 2 berço e 3 camas. No final do corredor existem ainda 4 salas, a copa, uma sala de espera para crianças que necessitem de uma vigilância mais apertada enquanto esperam pela observação médica, a sala de tratamentos, que se destina a prestação de cuidados de enfermagem e execução de técnicas e a Sala de enfermagem, onde se encontra toda a documentação e onde é feita a passagem de turno.

A unidade pediátrica cirúrgica tem um formato em L, sendo que no início se encontra a sala de espera, e seguidamente verificam-se a existência de diversos gabinetes de avaliação cirúrgica: ortopedia, cirurgia pediátrica, ortopedia, otorrinolaringologia; existe também uma sala de pequena cirurgia onde são feitos pequenos procedimentos e um último gabinete que foi cedido à Pedopsiquiatria. Existe ainda num local de acesso vedado ao público, balneários para os

profissionais e arrumos do serviço, onde se encontram guardadas as roupas, e materiais esterilizados.

**Estrutura orgânica:** A equipa de enfermagem é constituída por trinta e três elementos. A dotação de enfermeiros difere de acordo com o turno em questão sendo que, no turno da manhã, das 8h às 16h:30, a equipa é constituída por seis/sete enfermeiros, em que cinco prestam cuidados e um assume as responsabilidades de chefia e coordenação. No turno da tarde, das 16h às 23h e no turno da noite: das 22h30 às 8h30, a equipa é constituída por seis enfermeiros prestadores de cuidados, no entanto sendo que um dos elementos assume o papel de chefe de equipa, ficando a seu cargo a gestão do serviço, apenas presta cuidados diretos se se verificar a necessidade de abrir o 3º posto de triagem, os restantes elementos ocupam 2 postos de triagem, um posto no SO, 1 posto na sala de tratamentos e 1 posto na UPC.

Em colaboração com a equipa de enfermagem é residente uma equipa médica 24h por dia, e dois assistentes operacionais e uma auxiliar de limpeza, estão também sempre presente 2 secretários de unidade

**Caracterização da População:** A população que usufrui dos cuidados prestados na SUP são crianças cujas idades vão dos 29 dias até aos 18 anos menos um dia.

Os diagnósticos que relevam a entrada das crianças no SUP são muito variados, mas as patologias aparentemente com mais prevalência, relacionam-se com descompensação respiratória. Assim a equipa de enfermagem percebe que as patologias mais frequentes são: patologias do foro respiratório, neurológico, queimados, intoxicações e politraumatizados.

**O Acolhimento da criança/família:** A admissão da criança neste serviço pode ser feita diretamente da rua, através do INEM, da consulta externa ou por transferência de outros serviços deste ou de outro hospital de qualquer zona do país.

A Triagem é feita de acordo com uma adaptação de diversos modelos de triagem, assentando num esquema de cores. De acordo com a avaliação a criança e o acompanhante, são instruídos para aguardar na sala de espera respetiva ou encaminhados para o tratamento adequado. É também explicado à

criança e ao acompanhante qual vai ser o circuito da criança, e o tempo de espera previsto para cada etapa. Seguidamente é feita uma ação educativa, no caso de classificação verde ou amarela, para que o acompanhante e a criança sejam capazes de identificar sinais e sintomas de piora do estado geral da criança sendo que se se verificar devem dirigir-se à triagem imediatamente para reavaliação.

**Dinâmicas do Serviço:** No Hospital onde se insere a SUP, os cuidados de enfermagem são prestados de acordo com o modelo teórico de Nancy Roper cujo objetivo é atingir a autossatisfação e a independência nas atividades de vida, dentro dos limites impostos pelas circunstâncias em que se encontre no momento (Tomey & Alligood, 2004).

Cada enfermeiro assume a responsabilidade de prestar cuidados de enfermagem personalizados à criança, no entanto pela especificidade do serviço de urgência pediátrica, não é possível obedecer ao método individual de trabalho, sendo que cada enfermeiro desempenha funções no seu posto de trabalho.

No que respeita a cuidados de enfermagem e dinâmica de equipa os três turnos são muito semelhantes, divergindo apenas nas tarefas de gestão que são muito mais numerosas no turno da manhã.

**O cuidar da criança queimada:** A criança queimada quando dá entrada no SUP é imediatamente avaliada como muito urgente e encaminhada para o SUPC, onde será rapidamente avaliada pelo cirurgião, e onde receberá tratamento das suas queimaduras. Aquando do tratamento, é feita uma avaliação do cirurgião e enfermeiro, e de acordo com os parâmetros avaliados, a criança será internada ou referenciada para a consulta externa para reavaliação. Se a criança vítima de queimadura der entrada no SUP em estado crítico, é imediatamente encaminhada para a sala de reanimação, se houver necessidade de reanimação, ou então é imediatamente transferida para a UCIP, sendo prestados cuidados de saúde de acordo com a *Norma 022/2012 da Direção-Geral da Saúde - Abordagem Hospitalar das Queimaduras* (2012).





**Apêndice XIII – Proposta de Instrução de Trabalho: Abordagem do  
Queimado no SUP**



## INTRODUÇÃO

Sendo o Hospital de [REDACTED] um Hospital pediátrico com tradição na excelência dos cuidados ao doente pediátrico queimado (Francisco et al., 2013; Soares et al., 2007), e uma vez que de acordo com os dados estatísticos de entradas de episódios de urgência por queimadura em 2014, verifica-se um importante numero de ocorrências deste fenómeno e portanto justifica-se o investimento na uniformização e sistematização da abordagem inicial da criança queimada.

### 1 - OBJECTIVOS

Sistematização da Abordagem Inicial da Criança Queimada

Uniformização da intervenção da equipa de enfermagem na Abordagem Inicial da Criança Queimada

### 2 - ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Serviço de Urgência do Hospital [REDACTED] do Centro Hospitalar [REDACTED]  
[REDACTED]

### 3 - INSTRUÇÃO DE TRABALHO

#### 1. Avaliação Inicial

##### a. A – Via aérea

- i. Secreções carbonáceas
- ii. Queimadura da via aérea
- iii. Edema/Ponderar EOT

##### b. B – Ventilação

- i. Hipoxia
- ii. Intoxicação por monóxido de carbono
- iii. Queimadura inalatória
- iv. Ponderar EOT

##### c. C – Circulação

- i. Débito urinário horário
- ii. Reposição de fluidos (Anexo I)
- iii. D – Avaliação Neurológica
- iv. E – Avaliação do Meio/ Queimaduras/ Outras lesões

## **2. Avaliação Secundária**

### **a. História Clínica**

- i. A - Alergias
- ii. M – Medicação
- iii. P – História Prévia/Vacinação
- iv. L – Jejum
- v. E – Circunstancias da queimadura

### **b. Avaliação Céfalo-caudal**

- i. Percentagem de superfície total queimada (Anexo II) ou a tabela de Bowder (DGS, 2012)
- ii. Profundidade das Queimaduras utilizando a regra dos 9 (Anexo II)
- iii. Trauma associado
- iv. Peso da criança

### **c. Exames Complementares de Diagnóstico (Anexo III)**

### **d. Circulação periférica/ queimaduras circulares**

### **e. Entubação nasogástrica se náuseas e vômitos**

### **f. Gestão da Dor** (Procedimento Multissetorial TRC 111, associado à Política de Tratamento e Cuidados do [REDACTED])

### **g. Tratamento relacionado com a queimadura (Anexo IV)**

### **h. Antibioterapia**

### **i. Vacinação tétano se necessário**

### **j. Preparação para transferências de acordo critérios** (Procedimento Multissetorial TRC 105, associado à Política de Tratamento e Cuidados do [REDACTED])

(American College of Surgeons, 2012)

## BIBLIOGRAFIA

American College of Surgeons. (2012). Advanced Trauma Life Support - Student Course Manual (9th ed.).

Dellinger, R. P., Levy, M. M., Carlet, J. M., Bion, J., Parker, M. M., Jaeschke, R., ... Vincent, J.-L. (2008). Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. In *Critical care medicine* (Vol. 36, pp. 296–327). doi:10.1097/01.CCM.0000298158.12101.41

Francisco, T., Nóbrega, S., Valente, R., Santos, M., Pereira, G., Estrada, J., ... Ventura, L. (2013). Grande queimado numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos – experiência de 20 anos, XXII, 151–157.

Norma nº 022/DQS/DQCO de 22/06/2010. Abordagem hospitalar das queimaduras. DGS. 2012. Lisboa. Acedido a 16-12-2014. Disponível em [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CC0QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fnorma-n-0222012-de-26122012-png.aspx&ei=HjqjVI\\_NJ4L1UMPsgZgB&usg=AFQjCNFcdE11MS\\_QqTLbzb8vGD79fWmpvw&bvm=bv.82001339,d.d24](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CC0QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fnorma-n-0222012-de-26122012-png.aspx&ei=HjqjVI_NJ4L1UMPsgZgB&usg=AFQjCNFcdE11MS_QqTLbzb8vGD79fWmpvw&bvm=bv.82001339,d.d24).

Shrestha, S. R. (2006). Burn injuries in pediatric population. *JNMA; Journal of the Nepal Medical Association*, 45(163), 300–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17334419>

Soares, M. R., Valente, P., Vale, M. do C., Estrada, J., Ventura, L., Barata, D., & Vasconcelos, C. (2007). Perfil do grande queimado em cuidados intensivos pediátricos - Experiência de doze anos ., XVI, 70–73.

Stafford, P., Wood, U. R., Surgery, P., Wood, R., Curran, T., & Johnson, R. W. (2010). Burn Management in Pediatric Patients. *Emergency Medicine Reports*, 15(12), 213–222.

## Anexo I

Fórmula de Parkland adaptada:

Nas primeiras 24 horas 2 a 4 ml de Lactato de Ringer/kg/%AQ em que metade desse volume se administra nas primeiras 8 horas e o restante nas seguintes 16 horas.

$$\begin{array}{c} 2-4 \text{ ml LR} \\ \times \\ \text{Peso em Kg} \\ \times \\ \% \text{ Superfície corporal queimada} \end{array}$$

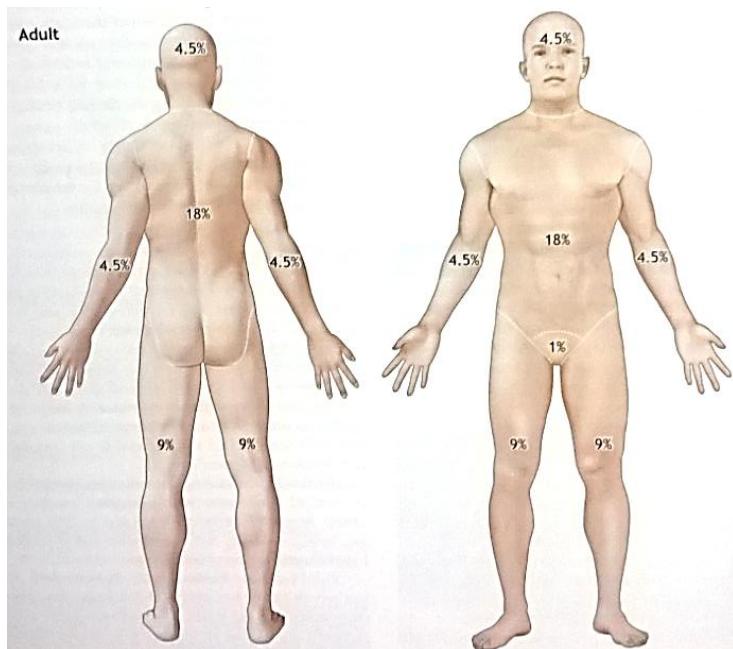
Em pediatria poderá ser necessário adicionar dextrose para reposição de fluidos para evitar hipoglicemia.

Débito urinário de 1ml/kg/hr para crianças com menos de 30 kg, no adulto 0,5ml/kg/hr.

(American College of Surgeons, 2012; Shrestha, 2006; Stafford et al., 2010)

## Anexo II

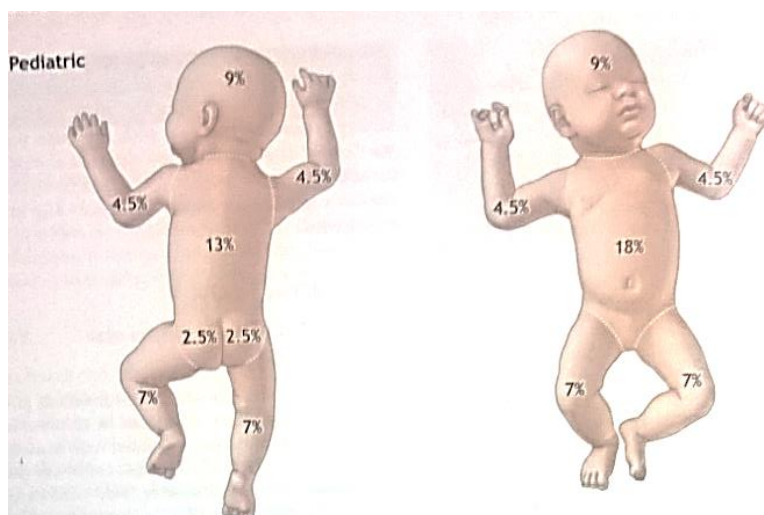
### Percentagem de superfície corporal total queimada



Uma forma fidedigna de cálculo da percentagem de superfície corporal queimada é alcançada através da utilização da “regra dos 9” (Stafford et al., 2010).

(American College of Surgeons, 2012)

Nas crianças a cabeça conta como 18% da superfície corporal, tal como o tórax posterior e o tórax anterior, cada membro superior corresponde a 9% e cada membro inferior a 14%.



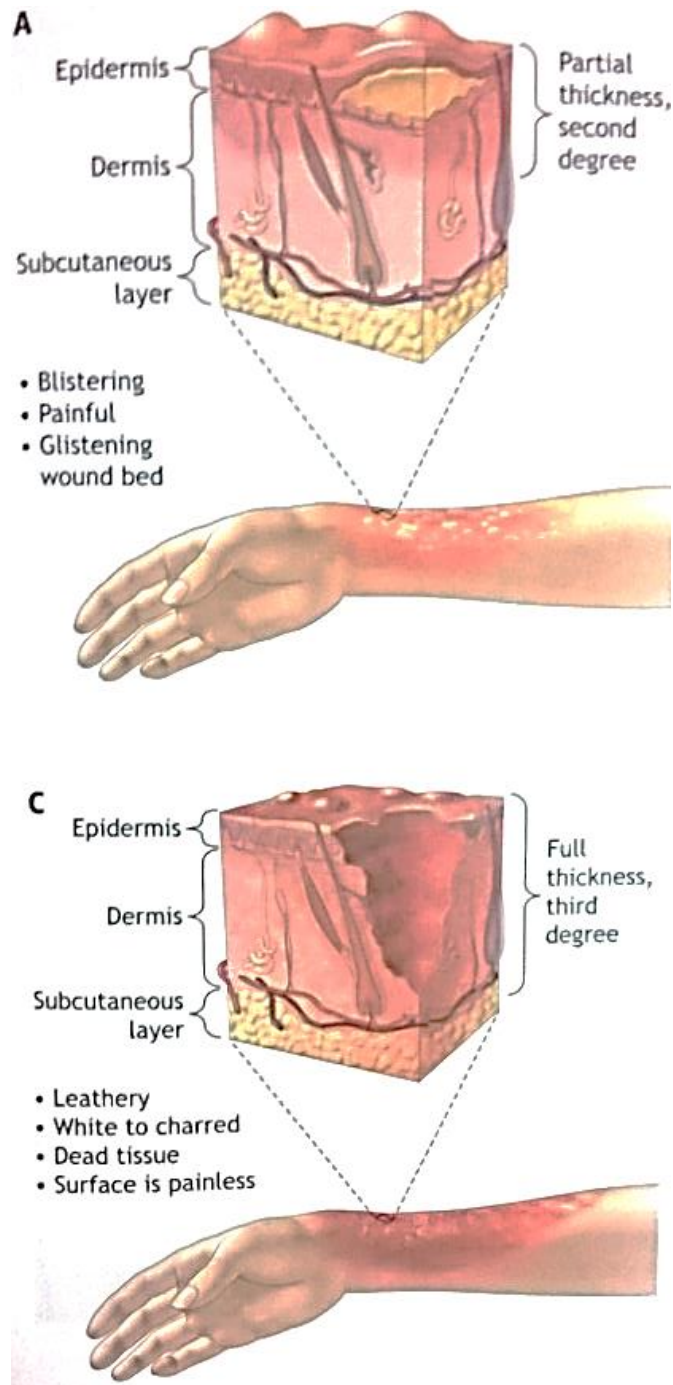
Com a utilização deste método é importante ter em conta que a % de superfície corporal de cada uma das áreas altera com a idade sendo que no que diz respeito a cabeça deve-se subtrair 1%

por cada ano de vida acima do ano de idade e no que diz respeito aos membros inferiores deve-se somar  $\frac{1}{2}\%$  a cada membro inferior por cada ano de vida acima do ano de idade.

(Stafford et al., 2010)

(American College of Surgeons, 2012)

### Profundidade da Queimadura



(American College of Surgeons, 2012)



### **Anexo III**

Colheita de sangue para:

- Hemograma,
- Tipagem,
- Gasimetria,
- Determinação de HbCO,
- Glicémia,
- Eletrólitos e
- Teste de gravidez (criança do sexo feminino em idade fértil)

Rx em caso de:

- EOT
- Suspeita de queimadura inalatória.

(American College of Surgeons, 2012)

## Anexo IV

Penso

De acordo com o protocolo praticado no Centro Hospitalar de [REDACTED] – [REDACTED], e de acordo com as recomendações da Dra. Zinia, Palestrante na XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimados em 2014, recomenda-se as seguintes ações aquando do fazer do penso do queimado pediátrico:

- **ANALGESIA**
- Lavagem e desinfeção
  - 1º - Água destilada
  - Clorohexidina a 4% diluída em água
  - Água destilada *qb*
- Se queimadura química:
  - Remoção de **vestuário** contaminado
  - **Irrigação** abundante
- **1º Grau**
  - Biafine
  - Cloranfenicol pomada (peri-bucal e peri-ocular)
- **2º/3º Grau**
  - Sulfadiazina de Ag 1% creme (12 a 24hs)
  - Mepilex Ag (D4)/Aquacel Ag (48hs)
  - Cloranfenicol pomada (peri-bucal e peri-ocular)
- **Pequenas** flictenas → **não desbridar** – penso biológico
- Flictenas grandes/zona de **flexão** → **desbridar**

#### **Apêndice XIV – Plano de Sessão de Formação no SUP**



## Plano De Sessão (Pinheiro & Ramos, 2005)

### 1. Identificação da Ação de Formação

1. Tema: “Estado d’Arte – Atualidade dos Cuidados a pessoa queimada em Portugal”
2. Destinatários: Enfermeiros, Assistentes Operacionais e Médicos
3. Tempo previsto: 30 minutos (8h às 8h30h)
4. Data: 31 de Janeiro de 2014
5. Local: SUP [REDACTED]
6. Formador: Vânia Ribeiro. Estudante de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

### 2. Objetivo Geral

7. Sensibilizar para as particularidades inerentes ao cuidar do doente queimado

### 3. Objetivos Específicos

8. Enumerar os componentes de uma avaliação inicial do doente queimado.
9. Enumerar os componentes de uma avaliação secundária do doente queimado.
10. Referir pelo menos 4 intervenções para a gestão da dor.
11. Reconhecer a necessidade de utilização da fórmula de Parkland.

### 4. Pré-requisitos

12. Enfermeiro, assistentes operacionais e médicos que prestem cuidados a doentes queimados.

Plano de Sessão				
Conteúdos	Metodologia	Recursos Físicos	Avaliação	Tempo
<b>Introdução</b> Apresentação Apresentação dos Objetivos da Sessão	Expositivo	Computador (Power-Point)		3
<b>Desenvolvimento</b> Atualidade do SUP Avanços Tecnológicos	Expositivo			12

Dor Substitutos cutâneos Nutrição Pediatria			Resposta a questões <i>brainstorming</i>	
<b>Síntese/Avaliação</b>				10
<b>Conclusão</b> Questões e dúvidas Ficha de avaliação da formação	Interrogativo  Expositivo			5 Minutos

A pesquisa foi efetuada apenas nas bases de dados eletrónicas: MEDLINE e a CINAHL. No mês de Novembro de 2014. Através da plataforma EBSCOhost acedi às bases de dados MEDLINE e CINAHL, obtendo um total de 3 artigos que considere adequados para a fundamentação da sessão de formação que apresentei.

Optei por pesquisar em simultâneo na Base de dados *CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text*, através da pesquisa avançada, com os termos “burn\* care AND ped\*”, tendo obtido 8237, resultados. Seguidamente apliquei o limite de “full text”, reduzindo o número de resultados para 1189.

Seguidamente, para refinar a pesquisa apliquei o limite de data de publicação: *Date of Publication: 20050101-20141101*, eliminando todos os documentos com publicação anterior a 2005, e que não apresentassem “full text”. Após o referido obtive um total de 6 resultados. Dos 6 resultados foram lidos os títulos e sumários, permitindo assim realizar uma primeira triagem e eliminados 3 artigos que não se referiam ao tema pretendido. Desta forma, foram assim selecionados 3 artigos resultantes desta pesquisa:

- Pediatric burn injuries.
- Epidemiology of burn injuries: highlighting cultural and socio-demographic aspects.
- Anesthetic considerations for major burn injury in pediatric patients.

Embora não tenha sido incluído na pesquisa no motor de busca da EBSCO, foi também utilizado como referência bibliográfica as comunicações científicas a que assisti na XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimaduras, tendo fundamentado algum do

conteúdo nas palestras de Carvalho, 2014; Guerra, 2014; Serafim, 2014; Tourais, 2014 e Xambres, 2014

## **5. Referências Bibliográficas:**

1. Carvalho, P. (2014). Avanços no Tratamento cirurgico das queimaduras. In *XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimaduras*. Figueira da Foz, Portugal.
2. Dissanaïke, S., & Rahimi, M. (2009). Epidemiology of burn injuries: highlighting cultural and socio-demographic aspects. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 21(6), 505–11. doi:10.3109/09540260903340865
3. Fuzaylov, G., & Fidkowski, C. W. (2009). Anesthetic considerations for major burn injury in pediatric patients. *Paediatric Anaesthesia*, 19(3), 202–211. doi:10.1111/j.1460-9592.2009.02924.x
4. Guerra, A. S. (2014). Utilização de Substitutos Cutâneos Biológicos e Sintéticos. In *XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimaduras*. Figueira da Foz, Portugal.
5. Krishnamoorthy, V., Bhananker, S., & Ramaiah, R. (2012). Pediatric burn injuries. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, 2(3), 128. doi:10.4103/2229-5151.100889
6. Serafim, Z. (2014). Tratamento das Queimaduras Pediátricas em Portugal. In *XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimaduras*. Figueira da Foz, Portugal.
7. Tourais, I. (2014). Tratamento da Dor na Unidade de Queimados. In *XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimaduras*. Figueira da Foz, Portugal.





## **Apêndice XV – Formação no SUP**





## Estado d'Arte

A Atualidade dos Cuidados  
ao Doente Queimado em  
Portugal

Vânia Ribeiro

## Objetivos

### Geral

- Sensibilizar para as particularidades inerentes ao cuidar do doente queimado

### Específico

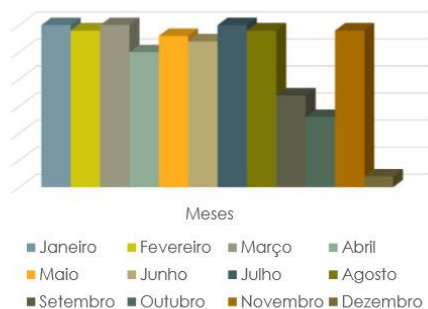
- Enumerar os componentes de uma avaliação inicial do doente queimado.
- Enumerar os componentes de uma avaliação secundária do doente queimado.
- Referir pelo menos 4 intervenções para a gestão da dor.
- Reconhecer a necessidade de utilização da fórmula de Parkland.



## N.º de doentes queimados SUP/xxxxxxxxxxxxx em 2014

Mês	N.º
Janeiro	xx
Fevereiro	xx
Março	xx
Abril	xx
Maio	xx
Junho	xx
Julho	xx
Agosto	xx
Setembro	xx
Outubro	xx
Novembro	xx
Dezembro	xx

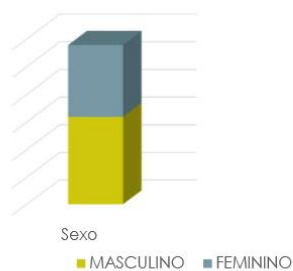
Número de Queimados



## Género de doentes queimados SUP/xxxxxxxxxxxxx em 2014

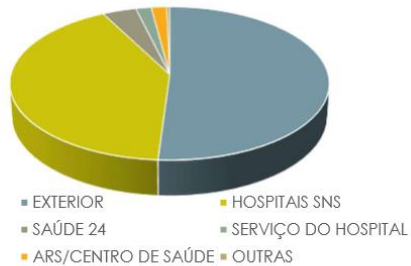
Género do Queimado

Género	N.º
FEMININO	xxx
MASCULINO	xxx



## Proveniência de doentes queimados SUP/xxxxxxxxxx em 2014

Proveniência	N.º
EXTERIOR	xx
HOSPITAIS SNS	xx
SAÚDE 24	xx
SERVIÇO DO HOSPITAL	xx
ARS/CENTRO DE SAÚDE	xx
OUTRAS	xx



## Atualidade

### Queimados cada vez mais críticos

Limitação das **áreas dadoras**.

Vida diferente → **Integração** na sociedade.

Não há substituto de pele permanente.

Colheita de enxerto autólogo.



## Avanços Tecnológicos

- Restaurar a barreira cutânea para prevenir a perda de fluidos
  - Expansões → pele de crocodilo



## Avanços Tecnológicos

- Enxerto colhido do couro cabeludo (10 dias)



## Avanços Tecnológicos

- Retalho chinês



Retalho fasciocutâneo do antebraço baseado na artéria radial. Opção para cobertura de áreas de exposição óssea e articular por queimaduras profundas

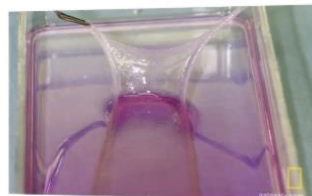


## Avanços Tecnológicos

- Cultura de Queratinócitos

- Membrana amniótica

- Substitutos de pele



- Banco de Pele...
- Células estaminais
- Critérios de segurança!



## Dor

### 1ª Fase

- **Emergência!**
- 2 a 3 dias

### 2ª Fase

- **Aguda**
- Semanas ou meses
- Ansiedade, stress → diminui a resistência a dor

### 3ª Fase

- **Recuperação**
- Meses ou anos

### 4ª Fase

- **Pós-tratamento**
- Anos ou vitalício → neuropatias, dor fantasma/stress pós-traumático

Estado Hipermetabólico

## Dor: Tratamento Farmacológico



- Analgesia multimodal e balanceada
  - Avaliação contínua e atualização
  - Individualização
- 
- Não existem *Guide-Lines* → Estabelecer protocolos
    - Vasto leque de idades
    - Explícitos na dose e momento de administração
    - Formulário limitado → reações monitorizadas





## Dor: Tratamento Não-Farmacológico

### o Sono

- o 50% dos queimados refere não conseguir dormir
- o Dor, ansiedade, desconforto
- o Reviver a situação
- o Estabelecer horários
- o Estimular a compreensão do dia e noite
- o Gestão da dor

### o Meio Envolverte

- o Frio
- o Inatividade
- o Aquecimento
- o Entretenimento



## Dor: Tratamento Não-Farmacológico

### o Técnicas de anulação

- o Distração
- o Imaginação Guiada
- o Hipnose
- o Realidade Virtual

### o Técnicas de aproximação

- o Fornecer informação e preparação psicológica

### o Técnicas de relaxamento

- o Controlo da respiração



## Substitutos Cutâneos Biológicos e Sintéticos

- Existem inúmeros SC
- São sempre temporários
- A **membrana amniótica** portuguesa é mundialmente conhecida pela sua qualidade → tratamento patenteado
- **Pele de Cadáver** → Imunologicamente inerte?
- **Colheita de pele** em coração parado?
- **Banco de pele?** Criopreservação melhor ou não?



## Nutrição: Resposta Metabólica

- **Fase Ebb ou de Choque 6hs a 24hs**
  - Resposta inflamatória
  - Acidose
- **Fase de Flow 3º e 14º dia**
  - Dor
  - Aumento do metabolismo
  - Hipoxia e Hipotensão
  - Medo e Ansiedade
  - Falência multiorgânica
- **Fase de Recuperação meses até 1 ano**
  - Utilização de nutrientes mais adequada

Aumento da secreção e atividade de catecolaminas, corticosteróides e hormona do crescimento, com hiperinsulinemia



## Nutrição

- Via preferencial é a **entérica!**
- **Hidratação**
  - Perdas massivas de líquido pela queimadura
- **Prevenir a desnutrição**
  - Iniciar ingesta 12hs após → via entérica
- **Peso**
  - Monitorizar → não deve perder mais de 10% do peso inicial
  - Perda de peso → aumento aporte de acordo com as necessidades



## Pediatria

As **crianças não são adultos pequenos...** precisam de recursos especiais

Em Portugal não existe uma UQ Pediátricos mas existem 4 UQ de adultos

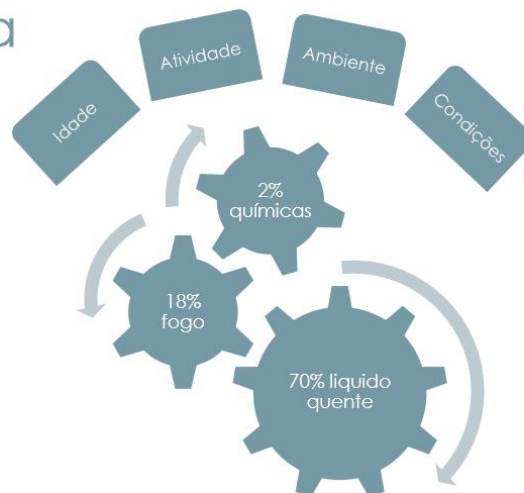
## Queimadura

- Destruição dos tecidos por lesão térmica química ou eléctrica
- Sequelas a curto e longo prazo
- Consequências sociais, funcionais e cosméticas devastadoras



## Etiologia

- Quase todas são **preveníveis** ...



## Estatísticas

- **38%** dos queimados em Portugal são crianças
- O maior risco apresenta-se em crianças com **menos de 5 anos**
- **Mortalidade** em crianças com menos de 2 anos é **duas vezes superior** ao adulto com lesões equivalentes
- A sobrevida tem vindo a melhorar...



## Fisiopatologia

- **Profundidade:**
  - Agente
  - Temperatura e tempo de exposição
  - Idade
  - **Não** existem meios **clínicos objetivos** para determinar o grau de profundidade (em pediatria a avaliação é mais difícil)
- A evolução da queimadura é um **processo dinâmico**



## Abordagem Inicial

KEEP  
CALM  
AND  
ABCDE



### Via aérea

- EET?
- Extensão?
- Face?
- Inalatória?

### Ventilação

- Doença Base?
- Tórax?
- Abdómen?

### Circulação

- Fluidos vs, Extensão

### Exame Neurológico

- ### Ambiente
- Lesões associadas
  - Extensão
  - Temp.



## Fluidoterapia

- %AQ menor que **20%**
  - fluidos PO ou IV manutenção
- %AQ **20 a 35%**
  - IV manutenção
- %AQ maior do que **35%**
  - **Parkland** → 4ml/kg/%AQ



½ nas 1ªs 8hs e ½ nas 16hs seguintes

- Sinais vitais
- Diurese
- Resposta neurológica



## Fluidoterapia

- **Coloides** → queimaduras extensas
- **Dx5%** → reservas hepáticas de glicogénio vs. aumento do metabolismo em queimaduras extensas



BMT 4/4 ou  
6/6hs



## Queimaduras circunferenciais

- Compromisso circulatório?
- Risco de isquemia distal
- Síndrome compartimental?
- Elevação do membro
- Incisões verticais nas faces laterais do membro. Tórax ou abdómen
- Escarotomia urgente





## Queimaduras circunferenciais

- Suspeita de **COMPROMISSO VASCULAR**? → Não Hesitar!



## Avaliação Secundária

- **História Clínica** detalhada
  - Data e hora
  - Agente causal
  - Tempo de exposição ao agente
  - Como ocorreu
  - Primeiras medidas tomadas
- **Antecedentes pessoais** (vacinas, doenças...); altura e peso





## Avaliação secundária

- **Localização anatômica** – áreas de grande importância
  - **Mãos**
  - **Pés**
  - **Face**
  - **Períneo**
  - **Regiões articulares**



## Primeiro Penso

- **ANALGESIA**
- Lavagem e desinfecção
  - 1º - Água destilada
  - Clorohexidina a 4% diluída em água – **!FACE!**
  - Água destilada *qb*
- Se queimadura química :
  - Remoção de **vestuário** contaminado
  - **Irrigação** abundante



## Penso

- **1º Grau**

- Biafine
- Cloranfenicol pomada (peri-bucal e peri-ocular)

- **2º/3º Grau**

- Sulfadiazina de Ag 1% creme (12 a 24hs)
- Mepilex Ag (D4)/Aquacel Ag (48hs)
- Cloranfenicol pomada (peri-bucal e peri-ocular)



## Flictenas

- **Controverso**

- **Pequenas** flictenas → **não desbridar** – penso biológico
- Flictenas grandes/zona de **flexão** → **desbridar**



## Critérios de Internamento

- Inalatória?
- Mais de **5%** AQ em crianças < **3** anos
- Mais de **8%** AQ em crianças > **3 e < 5** anos
- Mais de **10%** AQ em crianças > **5** anos
- AQ superior a **2%** com queimadura **3ºGrau**
- **Queimadura circular**
- **Maus tratos?**



- ✓ Quais os componentes da abordagem inicial do doente queimado?
- ✓ Quais os componentes de uma avaliação secundária do doente queimado?
- ✓ 4 intervenções para a gestão da dor?
- ✓ O que é a fórmula de Parkland?



Síntese/  
Avaliação



Obrigado!

Vânia Ribeiro

## **Apêndice XVI – Avaliação da Formação no SUP**



## **Avaliação da Sessão de Formação** (Pinheiro & Ramos, 2005)

**Tema:** Estado d'Arte – Atualidade dos cuidados ao doente queimado em Portugal

**Local:** SUP [REDACTED]

**Formador:** Aluna de Mestrado em Enfermagem PSC, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**Formandos:** 6 Enfermeiros

Tendo sido pedido aos formandos que preenchessem a tabela seguinte, obtive o seguinte número de respostas:

<b>Critérios a avaliar</b>	Discorda completamente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
As suas expectativas em relação à formação foram atingidas			1	5
Os objetivos da formação foram atingidos				6
Foi útil para a sua atividade profissional			1	5
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos			2	4
A sessão apresentou bom nível pedagógico				6
Foram abordados todos os pontos que considera importantes				6
Os audiovisuais utilizados foram adequados				6
A duração da formação foi adequada				6
O horário da formação foi adequado			6	





**Apêndice XVII – Reflexão crítica: Prevenção em situações críticas  
vs. Culpa**



## **Reflexão crítica – Prevenção em situações críticas vs. culpa**

A Prevenção é sem dúvida a forma de atuação de excelência no que diz respeito a ganhos em saúde (Direção Geral de Saúde, 2012b).

Com base na premissa acima referida, defini como objetivo desenvolver competências ao nível da prevenção da queimadura em pediatria, através da formação e educação para a saúde, especialmente dos cuidadores/pais destas crianças, atuando assim na prevenção de futuras ocorrências.

No entanto, após prestar cuidados a crianças vítimas de queimadura e suas famílias em contexto do serviço de urgência pediátrica (SUP), apercebi-me de uma realidade que não tinha antecipado: Trata-se do sentimento de culpa que os pais e cuidadores destas crianças demonstram (Bakker et al., 2010; Bakker, 2013; Odar et al., 2013). A maioria das famílias de crianças vítimas de queimadura, a quem prestei cuidados no SUP referiram sentimento de “falha” ou “incompetência” enquanto pais por terem “permitido” que o acidente acontecesse, sofrendo de ansiedade e dificultando muitas vezes o estabelecimento de uma relação terapêutica.

Mostrou-se assim difícil intervir junto destas famílias no que diz respeito à prevenção, sob perigo de exacerbar a sentimento de culpa e por outro lado, mostrou-se difícil que estes pais retenham qualquer tipo de conhecimento que não esteja relacionado com o tratamento do seu filho ou com o seu conforto nesta etapa, nomeadamente em relação à dor que a criança possa sentir. Estas são as suas preocupações major naquele momento.

De facto, o sentimento de culpa destes pais é uma reação típica e documentada e relaciona-se, vergonha e falta de confiança na sua capacidade de cuidadores, sentimento de incompetência e impotência (Bakker et al., 2010; Bakker, 2013; Odar et al., 2013). Alguns autores referem que a ocorrência deste sentimento de culpa nos cuidadores é tão característico, que a sua ausência poderá ser um sinal de maus tratos (Deitch, 2000).

Assim, mostrou-se evidente que a intervenção o nível da prevenção da recorrência do acidente neste contexto seria inadequada, sendo por outro lado, muito importante o esclarecimento acerca do desenvolvimento normal da criança do qual faz parte a curiosidade e comportamento de descoberta como mexer em

objetos quentes ou em fogo (Hockenberry et al., 2006). O reforço positivo das atitudes corretas como por exemplo aplicar água na queimadura (NSW Severe Burn Injury Service, 2004) e fornecer apoio psicológico a esta família (Odar et al., 2013), ou indicar grupos de apoio (Bakker et al., 2010), para que os cuidadores estejam aptos a cuidar da criança que precisa de cuidados especiais nesta etapa. Refreando a intervenção na área da prevenção da recorrência da queimadura para situações momentos com menos carga emocional como por exemplo no internamento, numa fase menos crítica do estado de saúde da criança, planeando a alta (Hockenberry et al., 2006).

## **Bibliografia**

Bakker, A. (2013). Beyond pediatric burns. Amsterdam. Retrieved from [http://brandwondenstichting.nl/\\_downloads/onderzoek/Bakker\\_Beyond\\_Pediatric\\_Burns\\_proefschrift\\_Anne\\_Bakker.pdf](http://brandwondenstichting.nl/_downloads/onderzoek/Bakker_Beyond_Pediatric_Burns_proefschrift_Anne_Bakker.pdf)

Bakker, A., Van Loey, N. E. E., Van Son, M. J. M., & Van der Heijden, P. G. M. (2010). Brief report: mothers' long-term posttraumatic stress symptoms following a burn event of their child. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(6), 656–661. doi:10.1093/jpepsy/jsp090

Deitch, E. A. (2000). The Challenges of Children: The first 48 hours. *The Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 21(5), 424–430. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11020050>

Direção Geral de Saúde. (2012). Objetivos para o Sistema de Saúde - Obter Ganhos em Saúde. In *Plano Nacional de Saúde (2012th–2016th ed.)*.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Inkelstein, M. (2006). *FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA - WONG (7a ed.)*. (Elsevier, Ed.) (7th ed.). MOSBY.

NSW Severe Burn Injury Service. (2004). *Clinical Practice Guidelines Burn Wound Management*.

Odar, C., Kirschman, K. J. B., Pelley, T. J., Butz, C., Besner, G. E., & Fabia, R. B. (2013). Prevalence and correlates of posttraumatic stress in parents of young children postburn. *Journal of Burn Care & Research: Official Publication of the American Burn Association*, 34(3), 299–306. doi:10.1097/BCR.0b013e31825ae15d

## **Apêndice XVIII – Reflexão Crítica - Gestão de conflitos**



## Reflexão crítica – Gestão de conflitos

As três principais razões de conflito, identificadas no exercício da enfermagem são o doente/família, o enfermeiro chefe e o médico (Johansen, 2012).

Durante o ensino clínico que teve lugar no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), especialmente na prestação de cuidados no Posto de Triagem, apercebi-me da volatilidade emocional e ansiedade que muitos dos pais/cuidadores das crianças expressam, por variadíssimas razões, tais como preocupação com a doença da criança, tempo de espera, não compreensão do funcionamento do sistema de triagem, o que muitas vezes resulta em comportamentos agressivos e impacientes para com o enfermeiro de triagem que será o primeiro profissional de saúde com quem estabelecem contacto.

Esta é uma situação que é definida como uma barreira ao cuidados de enfermagem em serviços de urgência, que na sua maioria estão interligados com comunicação ineficaz e com *stress* (Mahmoudi et al., 2013).

Assim demonstra-se primordial, o desenvolvimento de competências na área de gestão de conflitos (*Regulamento n.º 122/2011 de 29 de Maio da Assembleia Geral, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, 2011). Sendo que conflito pode ser definido como “um processo que começa quando uma das partes afetou ou vai afetar negativamente algo que a outra parte considera importante” (Thomas, 1992, citado por Vivar, 2006), pode ser abordado do ponto de vista comunicacional e portanto de acordo com o modelo de “Estilos de Administração de conflitos”. Existem 5 estratégias de resolução de conflitos: competição, evicção, acomodação, compromisso e colaboração (Blake & Mouton, 1968, Thomas, 1976, Rahim & Magnar, 1995, citados por Vivar, 2006).

A competição consiste no domínio completo de uma das partes com completa submissão da outra parte. Consiste numa técnica utilizada em situações de emergência em que não há tempo a perder. A evicção, consiste no ignorar dos problemas e é uma estratégia em que não resulta resolução do problema. No entanto a utilização da evicção do problema como método de ganho de tempo até se ter uma resposta definitiva pode ser uma estratégia adequada a curto-tempo. A acomodação é a antítese da competição e consiste

na completa submissão à vontade do outro, tem utilidade quando se tem objetivo de que o outro se expresse com total liberdade. O compromisso é uma estratégia que consiste na negociação e troca entre partes em que cada uma das partes faz cedências mas também tem ganhos. Por fim a colaboração consiste numa resolução de conflito em que as exigências de ambas as partes são completamente satisfeitas (Friedrich & Weber, 2014; Vivar, 2006).

A escolha de excelência na *praxis* de enfermagem, para a resolução de conflitos, é o compromisso, no entanto verifica-se que na prestação direta de cuidados a escolha passa muitas vezes pela evicção por medo de represálias tanto das chefias como dos doentes e famílias (Johansen, 2012).

A administração de conflitos exige muita habilidade (Friedrich & Weber, 2014), seja qual for o método de resolução de conflitos utilizado de acordo com a situação e objetivos, o tempo para a resolução é sempre algo essencial e importante, no entanto em situação de urgência e triagem muitas vezes o tempo é um recurso escasso pelo que é importante o treino da resolução de conflitos e os recursos necessários para esse fim (Tidwell, 1998, citado por Vivar, 2006).

É necessário formar os enfermeiros na gestão de conflitos e dota-los de instrumentos e condições adequadas para o efeito (Johansen, 2012). Assim o maior desafio é saber escolher o melhor método para a resolução de cada conflito, considerando o ponto de vista do outro procurando aumentar os efeitos construtivos e minimizar os destrutivos, procurando o bem-estar da pessoa, a segurança e cuidados de enfermagem adequados, respeitando os princípios éticos bem como os direitos da criança/família (Friedrich & Weber, 2014).

## **Bibliografia**

Friedrich, T., & Weber, M. (2014). Gestão de Conflitos: Transformando Conflitos Organizacionais em Oportunidades. Retrieved from [http://crars.org.br/artigos\\_interna/gestao-de-conflitos-transformando-conflitos-organizacionais-em-oportunidades-41.html](http://crars.org.br/artigos_interna/gestao-de-conflitos-transformando-conflitos-organizacionais-em-oportunidades-41.html)

Johansen, M. L. (2012). Keeping the peace: Conflict management strategies for nurse managers. Newark: Lippincott Williams & Wilkins, Inc. Retrieved from



[http://journals.lww.com/nursingmanagement/Fulltext/2012/02000/Keeping\\_the\\_peace\\_\\_\\_Conflict\\_management\\_strategies.13.aspx](http://journals.lww.com/nursingmanagement/Fulltext/2012/02000/Keeping_the_peace___Conflict_management_strategies.13.aspx)

Mahmoudi, H., Mohmmadi, E., & Ebadi, A. (2013). Barriers to nursing care in emergency wards. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(2), 145–151. Retrieved from

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748571/?report=printable>

Regulamento n.o 122/2011 de 29 de Maio da Assembleia Geral, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Pub. L. No. Diário da República, 2.a série — N.o 35 — 18 de Fevereiro de 2011 (2011). Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf)

Vivar, C. G. (2006). Putting conflict management into practice : a nursing case study. *Journal of Nursing Management*, 14(3), 201–206. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2934.2006.00554.x/pdf>



## **Apêndice XIX – Caracterização da UQ**



## **Caracterização da UQ**

A Unidade de Queimados onde estagiei insere-se num Centro Hospitalar de Referência, em Lisboa. Este Centro Hospitalar tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde. A atividade do Centro Hospitalar assegura a cada doente cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e numa lógica de governação clínica, promove uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo, ainda, as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados, conforme o primado do doente (2010).

**Estrutura Física:** A UQ distribui-se por dois pisos, sendo o 1º piso a área de internamento e o 2º piso a área exclusiva de pessoal. A unidade de queimados tem uma dinâmica própria e um ambiente complexo: é fechada e restrita a entrada de objeto e pessoas, visando a prevenção e controlo da infeção. É climatizada com ar condicionado e com fluxo de ar direcionado para pressão positiva da zona nobre. Tem regulação da temperatura para os 26/27°C e humidade relativa de 50% a 60%.

A área de internamento tem um formato de L e é constituída por 3 quartos de isolamento, com antecâmaras, um quarto de enfermaria com 1 cama e um quarto de enfermaria com 4 camas, totalizando 8 vagas. Todas as antecâmaras estão equipadas com lavatório para higienização das mãos com torneiras automáticas e com um armário que aporta todo o material necessário para prestar cuidados. Estes armários tem uma conformação semelhante em todas as antecâmaras. Todas as unidades têm rampa de gases medicinais e tomadas elétricas, para que seja possível a instalação de um ventilador. Existe também em todas as unidades aparelhos de monitorização invasiva e não invasiva. Fazem também parte da constituição da área de internamento a sala de *transfer* que tem comunicação com o exterior, a sala de admissão e ressuscitação que comunica com o transfere e com o corredor interno, e depois as salas internas que apenas tem uma entrada e saída para o corredor interno: a sala de balneoterapia, sala de bloco operatório, sala de tratamento de resíduos, três arrecadações, sala de trabalho anexa a sala de laboratório, copa, refeitório de

doentes, 2 casas de banho (uma para doentes e outra para funcionários), gabinete da enfermeira chefe e numa área não restrita, separada por um *transfer*, o gabinete das secretarias de unidade, o gabinete do diretor da área das especialidades cirúrgica e o vestiário das visitas. No 2º piso, encontram-se os vestiários de funcionários, masculinos e femininos, para pessoal funcionário ou estagiários.

**Estrutura orgânica:** A equipa de enfermagem é constituída por 27 enfermeiros: 1 enfermeira chefe que acumula funções com o serviço de cirurgia plástica e reconstrutiva, 1 enfermeira responsável que substitui a enfermeira chefe na sua ausência. Os restantes 25 elementos distribuem-se por seis equipas. No turno da manhã nos dias de semana, encontram-se para além das duas enfermeiras com funções de gestão e coordenação do serviço, 7 elementos da equipa de enfermagem, na sua maioria enfermeiras que apenas fazem o horário da manhã. Ocupam assim os postos de bloco operatório, balneoterapia, admissão/reanimação, e depois 1 enfermeiro por cada dois doentes no máximo. No turno da tarde a dotação é de 4 enfermeiros, pelos quais se distribuem os doentes. Nos fins-de-semana, e feriados o turno da manhã é assegurado por 5 enfermeiros e os turnos da tarde e noite gerem-se de igual forma do que nos dias uteis. Existindo sempre um chefe de equipa em cada turno. Em colaboração com a equipa de enfermagem existem também duas assistentes operacionais nos turnos da manhã nos dias uteis e uma assistente Operacional nos restantes turnos. A equipa médica prestadora de cuidados na UQ é a equipa da CPR, que em 1 a cada 3 meses é destacada para a UQ, sendo constituída por um chefe de serviço, 3 ou 4 assistentes hospitalares, e 1 interno da especialidade de CPR, 1 anestesista. Paralelamente fica um médico com formação em cuidados intensivos da equipa de uma unidade de cuidados intensivos do mesmo hospital, encarregado de dar apoio e assistência a todos os doentes internados na UQ.

A UQ tem ainda apoio de um fisioterapeuta, um psicólogo, um dietista, e 1 técnico de radiologia.

**Caracterização da População:** A população que usufrui dos cuidados prestados na UQ são adultos de ambos os sexos, a partir dos 18 anos de idade, desde que respeitem os critérios de admissão à UQ: queimaduras de 2º e 3º grau de mais de 10% da superfície total corporal em doentes com mais de 50

anos de idade; queimaduras do 2º e 3º grau em mais de 20% da superfície total corporal, em doentes entre os 15 e os 50 anos; queimadura do 3º grau em mais de 5% da superfície total corporal, em doentes de qualquer idade; Todas as queimaduras de 2º e 3º grau em áreas funcionais ou estéticas, da face, mãos, pés, genitais, períneo ou grandes articulações; queimaduras elétricas, incluindo “flash” elétrico; queimaduras químicas, em áreas funcionais ou estéticas; queimaduras envolvendo outros traumatismos ou doenças debilitantes nas quais as queimaduras possam contribuir para o aumento da morbidade ou mortalidade, queimaduras inalatórias e epidermoide tóxica.

**O Acolhimento da criança/família:** A admissão do doente nesta unidade pode ser feita através do SUGP, através do INEM, da consulta externa ou por transferência de outros serviços deste ou de outro hospital de qualquer zona do país. Mas de forma geral o doente da entrada no SUGP, onde o médico especialista em CPR faz a avaliação do doente e da gravidade das queimaduras e lesões associadas. Seguidamente caso o doente obedeça aos critérios de internamento supracitados, este é transferido para a UQ, onde é cateterizado um acesso venoso e arterial se necessário, é feita a reposição hidroeletrólítica de acordo com a fórmula de Parkland modificada, é administrada analgesia e é feita a algaliação para controlo do débito urinário e avaliação do estado volémico. É também feita uma colheita de sangue para análise, RX tórax e outro ECD consoante indicação. São também feitas quatro zaragatoas: da mucosa nasal, perianal, pele integra e pele queimada, para despiste de infeções. Segue-se o banho terapêutico, sendo feito os pensos e registo fotográfico quando obtido consentimento. Paralelamente neste momento é fornecida toda a informação sobre horários de visita e funcionamento da UQ ao doente e familiar/pessoa de referência, sendo também preenchido e explicado o consentimento informado para os procedimentos médico-cirúrgicos a realizar.

**Dinâmicas do Serviço:** No Hospital onde se insere a UQ, os cuidados de enfermagem são prestados de acordo com o modelo teórico de Nancy Roper cujo objetivo é atingir a autossatisfação e a independência nas atividades de vida, dentro dos limites impostos pelas circunstâncias em que se encontre no momento (Tomey & Alligood, 2004). No entanto a UQ tem como objetivo que o tratamento do queimado leve a sua sobrevivência, à sua cura com o mínimo de

sequelas e em tempo mínimo útil visando a sua recuperação socioprofissional e familiar o mais breve possível.

Cada enfermeiro assume a responsabilidade de prestar cuidados de enfermagem personalizados ao doente queimado, obedecendo ao método individual de trabalho.



**Apêndice XX – Reflexão Crítica: Cuidados de enfermagem especializados à pessoa grande queimada numa UQ, que benefícios?**



## **Reflexão crítica – Cuidados de enfermagem especializados à pessoa grande queimada numa UQ, que benefícios?**

A pessoa vítima de queimadura é uma pessoa que, se não se encontra em situação crítica, é um forte candidato a tal estado, devido às alterações fisiológicas a que está sujeito e ao aumento da sua vulnerabilidade física.

O seu sistema ambiental demonstra-se agora, como um meio de agressão ou possível agressão pela redução da sua capacidade de resistência, utilizando o modelo de sistemas de Betty Neuman como instrumento de análise da sua situação de saúde (Neuman, 2011). Assim, importa perceber que cuidados são necessários prestar a estes doentes para que o seu equilíbrio entre sistemas possa ser mantido.

Na minha realidade profissional a criança queimada, não é cuidada numa Unidade de Queimados. Apesar de trabalhar num Centro Hospitalar de Referência para o Queimado Pediátrico em Portugal, a criança queimada é internada numa enfermaria não específica, sendo que se o seu estado de saúde for demasiado grave para permanecer na enfermaria é internado na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. Estas crianças têm de se deslocar ao Bloco Operatório Central Pediátrico para realizar os pensos e todos os procedimentos cirúrgicos necessários.

Aquando a realização do presente estágio na Unidade de Queimados de Adultos do mesmo Centro Hospitalar, deparei-me com uma realidade muito diferente. Existe uma Unidade de Queimados (UQ) que recebe qualquer pessoa vítima de queimadura desde que cumpram os critérios de admissão preconizados pela DGS e pela UQ (*Norma 022/2012 da Direção-Geral da Saúde - Abordagem Hospitalar das Queimaduras*, 2012). É uma unidade que contempla isolamentos, balneoterapia, admissão direta, bloco operatório e internamento, mantendo um ambiente controlado e separado do ambiente exterior.

Assim sendo, considereei importante refletir sobre estas diferenças para perceber quais os benefícios, para a pessoa vítima de queimadura, que advêm da possibilidade de serem cuidados e tratados numa UQ.

Segundo Rodrigues, (2008), para cuidar o doente queimado, em particular o grande queimado, é essencial o seu internamento em unidades de cuidados

especializados. Estas unidades dispõem de instalações e equipamento adequado para enfrentar o tratamento global do doente que sofreu queimaduras, permitindo a assistência por profissionais experientes.

Wassermann D. (2002) citado por A. S. F. Rodrigues, (2010), diz-nos que o cuidado de um grande queimado deve fazer-se numa unidade adaptada, após avaliação precisa da gravidade da lesão.

Uma forma de alcançar este objetivo é ter uma equipa especializada e competente, completamente dedicada a esta área de cuidados complexa e exigente que requer altos investimentos financeiros, uma instituição com infraestrutura adequada (Henrique et al., 2013).

Segundo Henrique, Silva, Cristina, Paula, & Barbosa, (2013), o controle de infeção demonstra ser uma medida que contribui para a redução significativa da morbi-mortalidade por queimaduras contribuindo para um melhor prognóstico nestes casos, visando à diminuição de sequelas.

Atualmente, o ambiente em serviços de saúde tem sido foco de especial atenção para a minimização da disseminação de microrganismos potencialmente causadores de infeções relacionadas com a assistência à saúde. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, citada por Henrique et al. (2013), a arquitetura dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) contribui significativamente para a prevenção das infeções hospitalar.

O uso de barreiras, proteções, meios e recursos físicos, funcionais e operacionais, relacionados a pessoas, ambientes, circulações, práticas, equipamentos, instalações, materiais, resíduos de serviços de saúde constituem um elo fundamental para as boas práticas preventivas nas unidades críticas, sendo esta uma descrição fiel do que acontece numa UQ.

Além disso, o mesmo autor destaca a importância da redução adequado de pessoal que contata com a pessoa queimada, uma vez que de acordo com a evidência, o número elevado de profissionais da equipa assistente constitui um fator primário no surgir e disseminar de bactérias resistentes (Henrique et al. (2013).

As queimaduras, segundo Leontsinis e Brito (2004) citados por Rodrigues, (2008), dificultam de forma substancial ou total a higiene, favorecendo, assim, a

entrada de germes patogénicos na corrente sanguínea, aumentando o potencial de infeção, revelando a importância da balneoterapia. Esta também só existe na UQ uma vez que requer algumas condições físicas e adota uma designação com especificidades que definem um contexto muito próprio e restrito que só são possíveis num ambiente específico e controlado (A. M. P. Rodrigues, 2008).

Verifica-se que a adequação da estrutura física preconizada para uma Unidade de Queimados é uma ferramenta na prevenção de infeções hospitalares e torna-se indispensável para a execução de boas práticas da assistência em saúde, em especial para a pessoa vítima de queimadura (Henrique et al. 2013).

Assim percebe-se que existem inúmeras vantagens para a pessoa vítima de queimadura, ser cuidada numa UQ, e cria-se um ambiente facilitador para a excelência de prestação de cuidados por parte da equipa multidisciplinar, sendo que na ausência dessa capacidade física, são requeridos esforços múltiplos e acrescentados para que se consiga obter bons resultados para as intervenções desenvolvidas, com prejuízo da qualidade dos cuidados (Al-mousawi et al., 2009).

## **Bibliografia**

- Al-mousawi, A. M., Mecott-rivera, G. A., Jeschke, M. G., & Herndon, D. N. (2009). Burn Teams and Burn Centers: The Importance of a Comprehensive Team Approach to Burn Care. *Clin Plast Surg*, 36(4), 547–554. doi:10.1016/j.cps.2009.05.015.Burn
- Henrique, D. D. M., Silva, L. D., Cristina, A., Paula, A., & Barbosa, M. (2013). Controle de infeção no centro de tratamento de queimados: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 12(4), 230–234.
- Neuman, B. (2011). *The Neuman Systems Model*. (M. Connor, Ed.) (5a ed.). PEARSON.
- Norma 022/2012 da Direção-Geral da Saúde - Abordagem Hospitalar das Queimaduras (2012).
- Rodrigues, A. M. P. (2008). *Balneoterapia - Um estudo realizado na Unidade Funcional de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Coimbra.
- Rodrigues, A. S. F. (2010). *Relatório de Estágio na Unidade de Queimados*. Universidade do Porto, Faculdade de Medicina.



**Apêndice XXI – Proposta de atuação - *Checklist* IQEIA**





# LISTA DE VERIFICAÇÃO PÓS-INTERVENÇÃO – IQEIA

TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Crítérios	Sim	Não	N/A
<b>IDENTIFICAÇÃO do Profissional</b>			
Nome			
Função			
<b>IDENTIFICAÇÃO do Doente</b>			
Nome, idade, n.º processo, n.º episódio, pulseira de identif.			
Antecedentes/ Alergia-pulseira			
Internamentos /Medicação habitual/Peso			
<b>QUEIMADURA na Entrada</b>			
Hora da queimadura/ Localização/ Extensão/ Profundidade			
Agente/Ambiente fechado ou aberto			
Penso à entrada			

Crítérios	Sim	Não	N/A
<b>ESPECIFICAÇÕES Anestésicas</b>			
Tipo de Anestesia/ Cateteres venosos/ Fármacos efetuados			
Alterações significativas hemodinâmicas			
Alterações significativas laboratoriais			
Transfusões de hemoderivados			
Colheitas laboratoriais			
<b>INTERVENÇÃO: Ferida e Penso</b>			
Evolução de feridas			
Intervenção e intercorrências			
Material de Penso: Apósitos e pomadas			
Colheita para análise			

Crítérios	Sim	Não	N/A
<b>AValiação Final</b>			
Avaliação física geral			
Estado de consciência			
Sinais vitais (temperatura)			
Avaliação/ Controlo da Dor			
Medicações administradas e em curso (identificação/rotulagem)			
Recomendações: drenagens			
Informação sobre familiares/acompanhantes			
Prescrições e indicações para o pós-operatório			

## Instruções de preenchimento:

Assinalar **Sim** com um V se informação for passada.

Assinalar **Não** com um V se informação não for passada.

Assinalar **N/A** com um V se informação não se aplicar.

Quadrado **branco** a ser preenchido pelo Enf.º da UCPA.

Quadrado **sombreado** a ser preenchido pelo Enf. da Sala Op..

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vinheta do Doente

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_h\_\_m

Enf. Sala Op.: \_\_\_\_\_

Enf. U.C.P.A.: \_\_\_\_\_

Enf. Serv. Intern.: \_\_\_\_\_



## **Apêndice XXII – Proposta de Folhas de Registro**



Entrada – Enf.º: [Click here to enter text.](#)

SALA: [Choose an item.](#) DATA: [Click here to enter a date.](#) HORA: [Choose an item.](#) [Choose an item.](#)

#### IDENTIFICAÇÃO do Doente

Nome: [Click here to enter text.](#) Idade: [Click here to enter text.](#)

N.º processo: [Click here to enter text.](#) N.º episódio: [Click here to enter text.](#)

Prv atualizado? ☐ sim ☐ não

Antecedentes: .. Medicação habitual: ..

Internamentos anteriores: ..

Alergias: ..

#### QUEIMADURA à entrada

Hora e Data da queimadura: [Click here to enter text.](#) do dia [Click here to enter a date.](#)

Localização: [Click here to enter text.](#)

Extensão: [Click here to enter text.](#)

Profundidade: [Click here to enter text.](#)

--	--	--

Agente: [Click here to enter text.](#)

Ambiente: ☐ Fechado ☐ Aberto

Penso à entrada: [Click here to enter text.](#)

Penso n.º [Click here to enter text.](#); Enf.º: [Click here to enter text.](#)

SALA: [Choose an item.](#) DATA: [Click here to enter a date.](#) HORA: [Choose an item.](#) [h](#) [Choose an item.](#) [m](#)

#### ESPECIFICAÇÕES Anestésicas

Tipo de Anestesia:

☐ Geral ☐ Sedação ☐ Inalatória ☐ Combinada ☐ Outras: [Click here to enter text.](#)

Cateteres venozos: [Click here to enter text.](#)

Fármacos efetuados:

☐ Midazolam ☐ Alfentanil ☐ Fentanil ☐ Propofol ☐ Cetamina ☐ Tiopental  
☐ Outros: [Click here to enter text.](#)

Alterações significativas Hemodinâmicas: [Click here to enter text.](#)

Alterações significativas Laboratoriais: [Click here to enter text.](#)

Transfusões de hemoderivados: [Click here to enter text.](#)

Colheitas para análise: [Click here to enter text.](#)

#### INTERVENÇÃO: Ferida e Penso

Evolução da(s) ferida(s): [Click here to enter text.](#)

--	--	--

Intervenção:

☐ Penso ☐ Enxerto: Zona dadora: [Click here to enter text.](#)

Intercorrências: [Click here to enter text.](#)

Material de Penso:

☐ Mepilex Ag, zona: [Click here to enter text.](#)  
☐ Aquacel Ag, zona: [Click here to enter text.](#)  
☐ Askina gel, zona: [Click here to enter text.](#)

☐ Gaze gorda, zona: [Click here to enter text.](#)

☐ Bistina, zona: [Click here to enter text.](#)

☐ Cloranfenicol, zona: [Click here to enter text.](#)

☐ Outros:Hidratante, zona: [Click here to enter text.](#)

Canivete elétrico: ☐ sim ☐ não Local da placa: [Click here to enter text.](#)

Colheita para análise: [Click here to enter text.](#)

### AVALIAÇÃO Final

Avaliação física geral: [Click here to enter text.](#)

Estado de consciência:

☐ Consciente ☐ Desperta facilmente ☐ Adormecido ☐ Inconsciente

Sinais vitais:

FC: [Click here to enter text.](#) bpm

SatO<sub>2</sub>: [Click here to enter text.](#) %

PA: [Click here to enter text.](#) / [Click here to enter text.](#) mmHg

Temp. Timpânica: [Click here to enter text.](#) °C

Avaliação/ Controlo da Dor:

☐ FLAAC: [Choose an item.](#)

☐ Outra: [Choose an item.](#) [Choose an item.](#)

Medicações administradas e em curso:

☐ D5% SF a [Click here to enter text.](#) ml/h

☐ LR a [Click here to enter text.](#) ml/h

☐ Outro: [Click here to enter text.](#) a [Click here to enter text.](#) ml/h

☐ Paracetamol: [Click here to enter text.](#) mg

☐ Ceterolac: [Click here to enter text.](#) mg

☐ Nolofil: [Click here to enter text.](#) mg

☐ Outras: [Click here to enter text.](#) : [Click here to enter text.](#) mg

Recomendações: [Click here to enter text.](#)

Informação sobre familiares/acompanhantes: [Click here to enter text.](#)

Prescrições e Indicações: [Click here to enter text.](#)

Notas Livres: [Click here to enter text.](#)





## **Apêndice XXIII – Proposta de Dossier: Projeto de Queimados**



2015

Vânia Riio

# **[CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À CRIANÇA GRANDE QUEIMADA]**





## **Conteúdo**

Introdução

Avaliação da Queimadura

Tipos de Queimadura

Extensão

Profundidade

Área Críticas

Tratamento

Primeira Abordagem (Norma 022/2012 - Abordagem hospitalar das queimaduras - DGS)

Material para Procedimentos

Procedimentos e Passos Cirúrgicos

Penso

Enxerto

Apósitos

Projeto de Melhoria de Cuidados

Referências Bibliográficas



## Introdução

Uma vez que se define “como doente crítico aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, p. 9; *Regulamento n.º 124/2011 de 20 de Novembro da Assembleia Geral, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*, 2010, p. 8656; Pais, 2012) então o “doente gravemente queimado inclui-se na definição de doente crítico”.

A criança queimada, no âmbito do [REDACTED], têm o seu percurso iniciado na urgência, depois de acordo com a gravidade do seu estado são internadas na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) ou no Serviço de Cirurgia Pediátrica, uma vez que a Unidade de Queimados Pediátricos (UQP) do [REDACTED] é fisicamente inexistente, tendo sido encerrada por falta de condições físicas. Estas crianças podem posteriormente, passar pelo BOP, onde fazem os seus tratamentos cirúrgicos como pensos e enxertos.

Epidemiologicamente, verifica-se que nos Estados Unidos da América (EUA) ocorrem cerca de 120000 casos de queimadura em crianças por ano com necessidade de tratamento num serviço de urgência. (D’Souza, Nelson, & McKenzie, 2009) e segundo Silva, Amarante, Costa -Ferreira, Silva & Reis (2003) citados por Francisco et al. (2013), o número de doentes portugueses queimados é elevado, com uma incidência estimada de 21,4/100000 (pacientes hospitalizados/100000 habitantes por ano).

A criança grande queimada e a sua família, estão sujeitas a diversos *stressores*, que vão interferir na estabilidade do sistema da criança, de acordo com as suas variáveis pessoais (Neuman, 2011). Devido às especificidades comunicacionais características na pediatria, nem sempre está facilitada a avaliação e diagnóstico destes doentes (Swor et al., 2004; Williams, 2011). Torna-se assim relevante, uma abordagem holística e abrangente da criança (El Hamaoui et al., 2006), abordagem esta possível à luz do modelo de sistemas de Neuman, uma vez que o objetivo major dos cuidados de enfermagem, segundo esta autora, perante um sistema instável, passa por recuperar uma situação de estabilidade, através de uma avaliação rigorosa, e do apoio no ajustamento necessário para atingir o nível de saúde desejável (Neuman, 2011).

Para além do conhecimento do *timing* e condições de ocorrência da lesão, deve-se assim que possível obter a história clínica da criança se consciente e capaz ou através da família, questionando sobre doenças preexistentes, medicação habitual, possíveis alergias e imunização (American College of Surgeons, 2012).

As crianças com menos de 3 anos, são as que apresentam maior risco de queimadura, uma vez que são curiosas e impulsivas e não têm capacidade de avaliação e reconhecimento do perigo. O desconhecimento das características das fases de crescimento das crianças estão muitas vezes na origem da ocorrência de acidentes, sendo que a maioria das queimaduras em idade pediátrica, são queimaduras térmicas por calor e ocorrem em casa, estando muitas vezes relacionado com a confeção de alimentos. Os locais anatómicos



mais comumente afetados são o tronco, ombro, braço e antebraço (Gimeniz-paschoal, 2009).

Segundo o Presidente da Direção da Associação Portuguesa de Queimados (APQ), Celso Cruzeiro, todos os anos “há acidentes com queimaduras que provocam lesões a 1550 pessoas das quais 570, cerca de 38% são crianças” (Araújo, 2010). A maioria das crianças que sofre queimaduras encontra-se na faixa etária abaixo dos 6 anos (D’Souza et al., 2009) e no ■■■■, no período compreendido entre Abril de 1991 e Outubro de 2004, verificou-se que o maior número de queimaduras ocorreu no grupo etário dos 1 aos 6 anos (Soares et al., 2007).

Desta forma é lícito dizer que os cuidados de enfermagem ao doente gravemente queimado, são “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (*Regulamento n.º 124/2011 de 20 de Novembro da Assembleia Geral, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*, 2010, p. 8656).

A gravidade da situação da criança queimada é avaliada com recurso a diversos métodos, como por exemplo critérios de referenciação:

- Área de Superfície Queimada (ASQ%) parcial ou profunda > 5%:
  - ASQ - Aplica-se como uma regra prática a “regra dos nove”, sendo que no adulto o corpo é dividido em regiões anatómicas que representam 9%, ou múltiplos de 9%, da superfície corporal total. No caso das crianças por diferenças nas proporções anatómicas, a cabeça corresponde a uma percentagem maior (duas vezes superior ao adulto), enquanto os membros inferiores a uma percentagem menor.
  - Profundidade da queimadura:
    - Presença de queimadura inalatória,
    - Presença de queimadura circular do tronco ou membros,
    - Presença concomitante de trauma ou situação pré-existente,
    - Presença de queimadura da face, olhos, ouvidos, mãos, genitais ou pés,
    - Presença de queimadura elétrica ou química,
    - Suspeita de queimadura não acidental.

(American Burn Association, 2001; Connolly, 2011).

Outro aspeto importante é a abordagem da família, uma vez que o cuidado de enfermagem à criança queimada está diretamente relacionado à aceitação da família, tendo os pais como parceiros e informantes. (...) as crenças, valores e estilo de vida das famílias influenciam no cuidado de crianças vítimas de queimaduras internadas (...) é imprescindível que o enfermeiro utilize estratégias (...) com o objetivo de cuidar de forma individualizada, criando vínculos com essas crianças e família.

A prestação de cuidados de enfermagem a estas crianças deve ter o seu foco na dimensão física sem descuidar a dimensão psicológica, abordando a criança como um todo holístico, incluindo a família como parceiro nos cuidados. O diagnóstico precoce de situações de labilidade emocional é benéfico para a criança e família e proporciona uma reabilitação mais eficiente e rápida (El Hamaoui, Yaalaoui, Chihabeddine, Boukind, & Moussaoui, 2006).



“Sendo, hoje em dia, aceite pela comunidade científica que uma intervenção precoce e adequada pode melhorar significativamente o prognóstico dos doentes traumatizados” (*Circular Normativa No07/DQS/DGQO - Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*, 2010, p. 1) e sabendo que o desempenho do enfermeiro neste âmbito, do doente crítico, é revestido de complexidade (*Circular Normativa Nº 07/DQS/DGQO - Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*, 2010), “é desejável que, pelo menos uma parte da Equipa de enfermagem, possua certificação equivalente ou numa Especialidade na vertente do Doente Urgente, (...), nomeadamente que reúna as competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem de pessoa em situação crítica” (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012, p. 87).

Pode-se categorizar as etapas de tratamento da criança queimada, e de acordo com Gerard Beerthuisen & Magnette (2013, p. 3) a queimadura é uma situação de trauma complexa, que necessita de terapia multidisciplinar e contínua, cujo objetivo principal é alcançar a ressuscitação no período de emergência e re-epitelização da pele queimada, com posterior otimização da qualidade de vida pós-queimadura. Estes objetivos são assegurados através das seguintes etapas de tratamento:

- Primeiros Socorros,
- Tratamento Pré-Hospitalar,
- Transporte para centro hospitalar adequado,
- Ressuscitação no período de emergência,
- Renovação da pele danificada e destruída no período agudo,
- Prevenção e tratamento das complicações,
- Reconstrução cirúrgica,
- Reabilitação Somática e Psicossocial.

Segundo o *Advanced Life Support Group* (ALSG) (2005, p. 22), os princípios gerais de abordagem inicial da criança vítima de queimadura, podem ser definidos por:

- Pedir ajuda,
- Abordar com cuidado,
- Colocar em segurança,
- Efetuar a avaliação ABC – via aérea, ventilação e circulação. Esta abordagem é igualmente recomendada pelo *American College of Surgeons* (2012, p. 231) e por Francisco et al. (2013, p. 151), defendendo também que a aplicação destes princípios podem ajudar a minimizar a mobilidade e mortalidade relacionadas com estes ferimentos.

#### Avaliação primária e reanimação do doente queimado:

- Via aérea: História conhecida de incêndio em ambiente fechado e sinais sugestivos de lesão precoce da via aérea, obrigam a avaliação e tratamento definitivo da via aérea. A lesão térmica da faringe pode produzir edema com comprometimento da permeabilidade, e embora as manifestações clínicas não se revelem frequentemente nas primeiras 24h, a espera por evidências radiológicas de lesão pulmonar e



alterações na gasometria arterial podem ditar a incapacidade de intubação e a necessidade de via aérea cirúrgica.

- Ventilação: O tratamento inicial das lesões é feito de acordo com os sinais e sintomas presentes que podem resultar de:
  - Lesão térmica direta, com o edema e obstrução da via aérea associados.
  - Inalação de produtos de combustão e fumaça tóxica, levando a traqueobronquites químicas, edema e pneumonia.
  - Intoxicação por monóxido de carbono.
- Volume sanguíneo circulante: Nos doentes gravemente queimados a avaliação do volume sanguíneo circulante é difícil, como tal devem ser triadas de início outras lesões que provoquem choque hipovolémico, para uma correta reanimação com fluidos para tratamento da queimadura. Para avaliar o volume sanguíneo circulante a pressão sanguínea é de difícil medida e não muito confiável, pelo que o mais confiável é a cateterização vesical com monitorização horária do débito urinário.

(American College of Surgeons, 2012).

Avaliação secundária e medidas auxiliares:

- Exame físico: estimar a extensão e profundidade da queimadura, avaliar lesões associadas, pesar o doente.
- Documentação: início da folha de registo e tratamento associado, para uma avaliação da evolução do doente.
- Exames básicos para doentes com queimaduras importantes: hemograma, tipagem, carboxiemoglobina, glicemia, eletrólitos e teste de gravidez para mulheres em idade fértil. Gasometria arterial. Rx tórax, ou Rx para procura de lesões associadas.
- Manutenção da circulação periférica em queimaduras circunferenciais de extremidades:
  1. remover adornos;
  2. avaliar a circulação distal, presença de cianose, enchimento capilar lento ou sinais de compromisso neurocirculatório;
  3. pode-se aliviar o comprometimento circulatório com escarotomia após consulta do cirurgião;
  4. Em caso de trauma ósseo por esmagamento associado, lesão elétrica de alta voltagem ou queimaduras de tecidos abaixo da aponevrose pode ser necessário fasciotomia.
- Entubação gástrica: deve ser colocada e mantida em drenagem ativa se o doente apresentar náuseas, vômitos, distensão abdominal, ou se a queimadura for superior a 20% da área de superfície corporal.
- Opióides, analgésicos e sedativos: o doente pode estar ansioso e agitado mais devido aos fenómenos de hipoxemia ou hipovolemia do que à dor. Por isso responde melhor a oxigenoterapia e fluidoterapia, do que ao uso de opióides, analgésicos e sedativos que podem até mascarar os sinais de hipoxemia e hipovolemia.
- Cuidados com a ferida: as queimaduras de segundo grau são dolorosas à passagem de corrente de ar sobre a superfície, pelo que se deve cobrir a área queimada com um pano limpo. Não se deve perfurar flitenas nem aplicar agentes antissépticos, existem agentes antibacterianos tópicos





apropriados. Não usar compressas frias em queimaduras > 10% da ASC, porque pode causar hipotermia.

(American College of Surgeons, 2012).

Ocorrem várias complicações, sequencialmente a queimaduras nas crianças: “sepsis, falência respiratória, falência cardiovascular e falência multiorgânica” (Francisco et al., 2013, p. 156) “sendo as infecciosas as mais comuns. Vários estudos demonstraram o papel da superfície queimada, a duração da ventilação mecânica, dos cateteres venosos e urinários e do internamento como fatores de risco infeccioso” (Francisco et al., 2013, p. 155).

Uma gestão da dor adequada, é algo que preocupa tanto os doentes como os prestadores de cuidados, aquando do tratamento dos doentes em serviços de urgência. É referido na literatura, que a gestão da dor em pediatria é percebida pelos prestadores de cuidados em SU, como uma intervenção de difícil execução (Swor, McEachin, Seguin, & Grall, 2004). O tratamento da dor em situação de queimadura em pediatria é uma prioridade, e cabe ao enfermeiro agir em prol do alívio da dor (Gillespie & Melby, 2003, citados por Brown, Rodger, Ware, Kimble, & Cuttle, 2012).

Assim no âmbito das políticas de saúde surgiram diversas diretrizes que abordam a dor como o 5º sinal vital nas quais é evidenciado que a avaliação e controlo da dor pertence a esfera de competências dos profissionais de saúde e que “a avaliação e registo da intensidade da dor de forma contínua e regular com recurso a instrumentos de avaliação” (*Circular Informativa [redacted] - Procedimento Multissetorial - TRC. 111 - Avaliação e registo da dor enquanto 5º sinal vital*, 2014) “de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente” (*Circular Normativa No 9/DGCGA - Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*, 2003).

O [redacted] tem definida uma Estratégia de Enfermagem (*Circular Informativa [redacted] - Estratégia de Enfermagem*, 2011), cuja meta se relaciona com a melhoria contínua dos cuidados. Nela é destacada, não só a dor como 5º sinal vital, mas também a satisfação dos utentes como objetivos major.

Como tal, visando definir na sua política de qualidade, o papel do doente, foi emanada a *Circular Informativa [redacted] - Política de Qualidade* (2012) onde se refere que “o [redacted] vê o doente como o centro e a justificação da sua actividade e, como tal, considera prioritários os processos relacionados com o utente/doente e suas famílias (...) relativos ao percurso do doente no Hospital, desde a sua admissão até à alta, (...) que garantam a continuidade e interligação de cuidados” (*Circular Informativa [redacted] - Política de Qualidade*, 2012, p. 1).

A cultura da nossa profissão induz a subvalorização das ações de enfermagem, em detrimento das ações interdisciplinares, e isto também se reflete nos nossos registos (Karkkainen, Bondas, & Eriksson, 2005), salienta-se assim a importância do registo para assegurar a continuidade de cuidados, tanto intracontexto como na transferência do doente intercontexto.

É importante, o exercício mental e o esforço de mudança de paradigma neste assunto e um esforço deve ser feito para fundamentar a nossa documentação, não só na resolução de problemas mas também na apreciação individual da situação (Karkkainen et al., 2005).



Os registos produzidos em enfermagem têm também um papel fulcral na qualidade dos cuidados a par da cultura da segurança, através da prevenção do erro, sendo que 60% dos erros em contexto de internamento se relacionam com falha humana ao nível da comunicação, podem ser evitados com o reforço da comunicação através de registo adequados (Fragata, 2010).

## Avaliação da Queimadura

### Tipos de Queimadura

Sendo que “Queimaduras são lesões comuns, a maioria de pequena extensão com tratamento simples e de evolução cicatricial rápida. No entanto existem outras queimaduras que exigem tratamentos intensivos e de reabilitação” (Pais, 2012).

A história e condições no qual ocorreu a lesão do doente queimado, são muito importantes para uma correta avaliação e tratamento do mesmo, desde o início do incidente no qual podem ocorrer lesões na tentativa de fuga ao fogo, até ao momento em que sucedeu a queimadura. A ocorrência de queimadura em espaço fechado deve criar a suspeita de lesão por inalação (American College of Surgeons, 2012).

Existem outros tipos de queimadura, como:

- Queimadura por frio, que é muito invulgar no nosso contexto devido ao clima ameno, característico do nosso país.
- Queimadura química: Pode resultar da exposição a ácidos, bases ou derivados do petróleo. Sendo as mais sérias as provocadas por bases, pois penetram mais profundamente. Este tipo de queimaduras é influenciado pela duração de contacto, concentração e quantidade do químico. Por isso deve-se remover o produto químico com água em abundância, em duche ou mangueira, de 20 a 30 minutos. Se a causa for uma base a irrigação deve ser mais prolongada. Na presença de pó seco, remover mecanicamente primeiro antes da irrigação com água.
- Queimaduras elétricas: Normalmente são mais graves do que visivelmente aparentam. Devido à condução difusa da energia elétrica e calor gerado, as diferentes velocidades de perda de calor por parte dos tecidos superficiais e profundos, caracterizam uma pele aparentemente normal mas com necrose muscular profunda, do qual pode resultar rabdomiólise e consequente insuficiência renal aguda.

(American College of Surgeons, 2012).

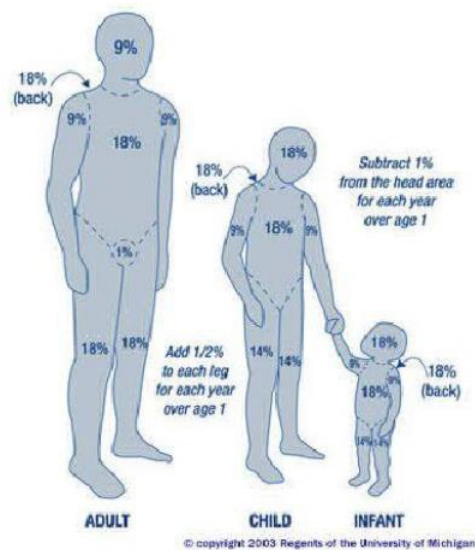
### Extensão

A avaliação e registo da área total de superfície corporal queimada (TBSA) poderão ser realizados através da tabela de *Lund e Browder* (tabela n.º 1)

REGIÃO ANATÓMICA	IDADE (ANOS) e percentagem corporal (%) a considerar					
	0anos	1ano	5anos	10anos	15anos	> 15
Cabeça	19	17	13	11	9	7
Pescoço	2	2	2	2	2	2



Tronco Anterior	13	13	13	13	13	13
Tronco posterior	13	13	13	13	13	13
Nádegas	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Genitais	1	1	1	1	1	1
Braço	4	4	4	4	4	4
Antebraço	3	3	3	3	3	3
Mão	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Coxa	5,5	6,5	8	8,5	9	9,5
Perna	5	5	5,5	6	6,5	7
Pé	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5



Em alternativa ou para uma avaliação inicial rápida, podemos utilizar a “Regra dos Nove” ou a medida da palma da mão do doente que corresponde a 1% da superfície corporal (*vidé* figura 1).

• Os locais de queimadura, por si só, também nos dão a indicação da percentagem de área queimada a saber:

- Cabeça e região cervical = 9%
- Tronco = 36%
- Membro superior = 9%
- Membro inferior = 18%
- Períneo = 1%

Figura1: “Regra dos Nove”

Retirado de: <http://www.pinterest.com/pin/248823948137457060/>, acessado a 12 de Junho de 2014.

## Profundidade

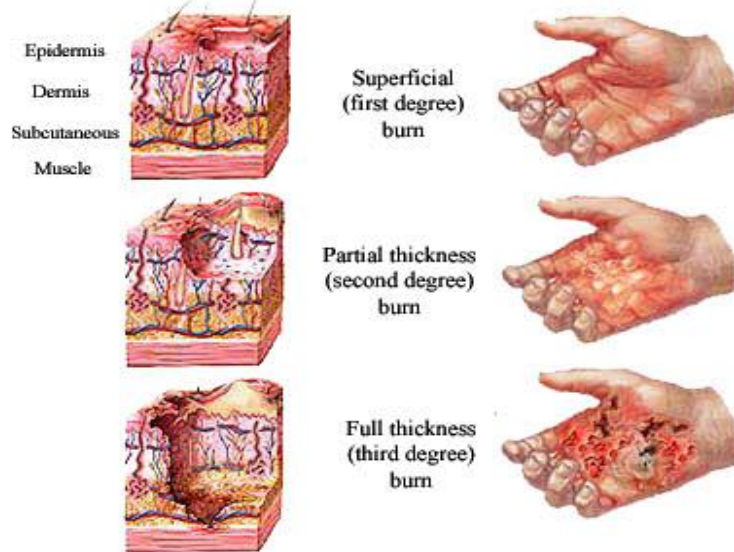
- Na avaliação da profundidade da queimadura deverá considerar o seguinte:

Classificação		
Antiga	Recente	Atual
1º Grau	Epidérmica	Epidérmica
2º Grau	2º Grau superficial	Superficial parcial
	2º Grau profunda	Profunda parcial
3º Grau	Subdérmica	Profunda completa
		Profunda completa +

- Considera-se como queimadura epidérmica - eritema da pele (ex: queimadura solar). Não deve ser considerada no cálculo da superfície corporal queimada para efeitos de reposição hídrica.
- Considera-se como queimadura superficial de espessura parcial – envolve a epiderme e parte da derme papilar.
- Considera-se como queimadura profunda de espessura parcial – envolve epiderme, toda a camada papilar da derme até à derme reticular.



- Considera-se como queimadura profunda completa – envolve toda a espessura da pele.
- Considera-se como queimadura profunda “completa +” - envolve, além de toda a espessura da pele, tecidos subjacentes, como músculos e/ou ossos.
- A profundidade de uma lesão provocada por queimadura deve ser reavaliada dois a três dias após a avaliação inicial, preferencialmente pelo mesmo médico.
- A extensão e a rapidez de preenchimento capilar podem ser utilizadas como um método clínico de avaliação da profundidade da queimadura.



<http://www.burn-recovery.org/injuries.htm>

- Em caso de suspeita de maus-tratos, examinar outros sinais de maus-tratos, fotografar as lesões, encaminhar para um centro de tratamento de queimados e referenciar aos Serviços Sociais.
- As queimaduras sem cicatrização até ao 10º-14º dia devem ser encaminhadas para os centros de tratamento de queimados assim como os doentes com cicatrizes, de alguns meses, após uma queimadura.
- Nas queimaduras superficiais ou escaldões:
  - Use pensos humidificados que incentivem a re-epitelização para a cicatrização de feridas.
  - Considere que o uso prolongado de creme de sulfadiazina de prata (mais de sete dias) deve ser evitado em queimaduras não-infetadas.
  - Deve drenar a flitenas com assepsia fazendo um orifício.
  - Após um tratamento inicial com creme de sulfadiazina de prata, a utilização de um penso hidrocolóide promove a cicatrização.
  - As gazes de parafina de uma camada podem ser utilizadas quando os hidrocolóides estão indisponíveis.
  - Considerar que as cicatrizes decorrentes de queimadura requerem proteção solar máxima no primeiro ano após a queimadura. (Norma 022/2012 - Abordagem hospitalar das queimaduras – DGS)

### Área Críticas



Por definição, existem áreas anatómicas que se mostram mais críticas quando sujeitas a queimadura, não só pela sua localização anatómica, mas também pelo tipo de pele que as constituem, como por exemplo as articulações e pregas cutâneas que são áreas que estão constantemente sujeitas a estiramento cutâneo. Assim, as áreas consideradas críticas, no que respeita a queimaduras, são: Mãos, Pés, Face, Períneo, Regiões articulares.

## Tratamento

### Primeira Abordagem (Norma 022/2012 - Abordagem hospitalar das queimaduras - DGS)

- No tratamento da queimadura superficial ou escaldão
  - O penso protetor ou produto em creme pode ser usado para conforto e promover uma cicatrização mais rápida.
  - Deve rever-se a queimadura após 48 horas e, posteriormente, preferencialmente a cada três dias.
  - Se a pele não estiver integra, mudar para um produto de cicatrização de feridas.
  - Os produtos com ação antimicrobiana (como o creme de sulfadiazina de prata ou sul-fadiazina de prata mais cerium) devem ser usados em todos os tipos de queimaduras durante as primeiras 72 horas (três dias) após lesão de queimadura.
  - As feridas de queimaduras com sinais de infecção, devem ser tratadas com sulfadiazina de prata tópica ou sulfadiazina de prata mais cerium.
- Os doentes com queimaduras eléctricas e com traumatismos associados apresentam risco aumentado de insuficiência renal aguda por rabdomiólise. Nestes casos deve alcalinizar-se a urina, administrando bicarbonato de sódio.
- As queimaduras químicas não devem ser neutralizadas e devem ser irrigadas com água durante pelo menos uma hora com exceção da queimadura por cal viva).
  - No caso das lesões químicas oculares deve ainda o doente ser observado por oftalmologista.
- Na queimadura química por cal viva, a primeira atitude deverá ser a de remover, sem água, o produto químico (*Nível de evidência A, Grau de Recomendação I*).
- Considerar a administração de opióides :
  - Adultos: morfina 2mg IV repetindo se necessário cada 5 minutos até dose máxima de 0,2 mg/kg
  - Crianças: 0,1mg/kg IV repetindo se necessário cada 15 minutos até dose máxima de 0,3mg/kg
  - Em alternativa poderão ser utilizados Paracetamol e/anti-inflamatórios não esteroides .
- Imediatamente após o arrefecimento e cobertura da queimadura (ex: lençol esterilizado) deve instituir-se analgesia endovenosa .
- O doente deve ser mantido quente (normotérmico) e seco.
- A Rouquidão progressiva é um sinal de obstrução da via aérea e a entubação endotraqueal precoce deve ser equacionada, antes da constituição do edema e alteração da anatomia da área.
  - O índice de Clark calcula-se de acordo com a seguinte tabela:



Critério	Pontuação
Espaço Fechado	1
Dispneia	1
Alteração de Consciência	1
Rouquidão	1
Queimadura Facial	1
Expectoração Carbonácea	1
Fervores/Alt. Auscultação	1
Total	7

Um índice de Clark  $\geq 2$  implica forte suspeita de lesão inalatória e deverá ser considerada a entubação endotraqueal.

- A fórmula *Parkland* pressupõe administração de *lactato de ringer* na proporção 2-4ml x kg x %área queimada para os adultos e 3-4 ml x kg x %área queimada para crianças, sendo que se deve administrar metade nas primeiras 8 horas após o início da lesão e a outra metade nas 16 horas subsequentes.
- A fórmula de Parkland serve de orientação, devendo ajustar-se a velocidade de fluidoterapia para um débito urinário de 0,5 a 1 ml/kg/hora (adulto médio cerca de 30-50 ml/hora e crianças <30kg - 1ml/kg/hora), mas eliminando outras causas de choque.
- A pressão arterial indireta é um índice pouco fiável da avaliação do estado cardiovascular num doente queimado, devido às alterações fisiopatológicas compensadoras. A medida da pressão arterial pode ser, ainda, difícil de obter, devido ao edema das extremidades.

## Material para Procedimentos

### Material Específico de Queimados

- **Dermátomo:** Existem 3 dermatômos no BOP. 2 Dermátomos da Aesculap®, que estão de momento inutilizados por avaria das baterias, existe um dermatômo da Humeca® no BOP, mas por vezes utiliza-se do Dermátomo da Humeca® da UQ. No dia anterior deve-se colocar as baterias dos dermatômos a carregar.
- **Lâminas para o dermatômo**, verificar a compatibilidade:
  - **Lâminas D42 Humeca®:** compatível com dermatômo da Humeca® do BOP
  - **Lâminas D80 Humeca®:** compatível com Dermátomo da Humeca® da UQ
  - **Lâminas Aesculap®:** compatível com dermatômo da Aesculap®
- **Meshgraft.** Temos 4 MeshGraft no BOP:
  - **1 MeshGraft da Humeca®** que é o maior, funciona com roda dentada em caixa.
  - **2 MeshGraft da Aesculap® com alavanca**, verificar se a alavanca se encontra embalada com o MeshGraft ou se está embalada à parte (pode ocorrer a esterilização destes dispositivos das duas formas).





- **1 MeshGraft da Aesculap® com roda incorporada** na lateral (este *MeshGraft* não necessita de placas de *MeshGraft* mas raramente se utiliza).
- **Placas de Meshgraft:** As placas de *MeshGraft* servem para *Meshar* a pele colhida para enxerto, existem várias medidas de Placas de *MeshGraft*, no BOP as mais usadas são **1:1,5** ; **1:3** e **1:6** ; sendo que as mais usadas são as de **1:3**. Existem **3 marcas** de Placas de *MeshGraft* no BOP:
  - **Placas Aesculap®:** Estas Placas apenas funcionam no *MeshGraft* da Aesculap® de alavanca.
  - **Placas Humeca® 1.0 mm:** Estas Placas apenas funcionam no *MeshGraft* da Humeca®.
  - **Placas Humeca® 1.5 mm (rótulo amarelo):** Estas Placas funcionam tanto no *MeshGraft* da Aesculap® de alavanca como no da Humeca®.

#### *Material Necessário para penso:*

- Se grande Queimado: 1 - Trougha Universal + 4/5 - Batas Reforçadas
- Se pequeno Queimado: 1 – Saco de Mayo e vários campos pequenos com cola
- Diversas Luvas cirúrgicas
- 1 - Tabuleiro de desinfeção
- 3 - Taças grandes
- 2 - Punhos de *Pantoff*
- 3 – Agrafadeiras (se for para abertura de enxerto deve colocar-se tira-agrafos)
- 1 - Caixa de Kit de Pensos

#### *Material necessário para Enxerto:*

- 2 ampolas de Vaselina ou 2 embalagens de gel esterilizado (gel de ecógrafo)
- 3 *Agrafadeiras*
- 1 Caixa de pequena ou média cirurgia ou desbridamento
- 4 Taças e 1 Ebonite
- 1 Cabo de bisturi n.º4 (lâmina 24)
- 1 Placa metálica
- 1 Tabuleiro de Desinfeção
- 2 Punhos de *Pantoff*
- 1 Dermátomo +1 Lâmina para o dermatômo, verificar a compatibilidade
- 1 *Meshgraft* + 1 Placa de *Meshgraft*, verificar a compatibilidade
- Transferidor de soro

#### *Solutos:*

- Penso:
  - Clorohexidina 4%



- Água Destilada
- Enxerto:
  - Betadine Dérmico
  - Soro Fisiológico
  - Nitrato de Prata 0,5%
  - Água Oxigenada

*Cesta dos Apósitos (pré preparada fica no armário dos queimados sala da Chefe):*

- Mepilex Ag®
- Aquacel Ag® (em enxerto e em abertura de enxerto)
- Hidrogel
- Biafine® e Cloranfenicol

*Preparação da Sala:*

- Pranchetas de 40x60 e de 60x100
- Compressas Enroladas
- Compressas 10x10 sem contraste
- Compressas grandes sem contraste
- Ligaduras elásticas de 5cm, 10cm, 15cm, 20cm
- Colchão de água quente
- Bloco de Justificação de Receituário de Medicamentos extra-formulário, para justificar apósitos

*Especificidades Anestésicas:*

- Nos enxertos preparar sempre Cefazolina
- Os fármacos mais utilizados são Cetamina e Propofol
- Verificar consoante necessidade, a existência de sangue pedido e respetivo *Gricode®* para enxertos.

## **Procedimentos e Passos Cirúrgicos**

### **Enxerto**

Na mesa cirúrgica deve estar:

- a. Taça com betadine
- b. Taça pequena com SF para a recolha de pele
- c. Taça com SF
- d. Taça com SF EV
- e. Ebonite com Nitrato de prata
- f. Caixa de pequena cirurgia
- g. Cabo de bisturi com lâmina 24
- h. Deve ter-se um meshgraft, dermatomo, placas de meshgraft e laminas de dermatomo.
- i. Placa metálica
- j. Lidocaína 1%, 2 seringas 20cc, 1 agulha ev e 1 agulha IM, para infiltrar a zona dadora.





- k. Gel esterilizado para lubrificar a pele a ser colhida
  - l. 2 ou 3 *Agrafadeiras*
  - m. Diversas compressas enroladas, compressas grandes, e ligaduras de 10cm e de 15cm
1. Inicia-se com a abertura do penso com luvas esterilizadas e com lâmina 24
  2. Retira-se todo o material de penso e coloca-se campos esterilizados por baixo do doente
  3. Equipar a equipa cirúrgica com bata e 2 pares de luvas esterilizadas.
  4. Procede-se a uma lavagem com betadine dérmico
  5. Primeiro é feita a infiltração da pele na zona de colheita
  6. É necessário lubrificar a pele e fornecer compressas para tração da zona de colheita
  7. Retira-se o primeiro par de luvas e procede-se à colheita da pele,
  8. Após colheita da pele, deve-se pegar a pele com pinça de disseção sem dente e colocar em taça com SF
  9. Deve proteger-se a zona dadora com compressas grandes embebidas em soro fisiológico.
  10. O cirurgião vai *meshar* a pele. Este procedimento é feito esticando a pele colhida numa placa de *meshgraft* e passando o conjunto pelo *meshgraft*. Após *meshar* a pele, passa-se a pele para a placa metálica e molha-se com SF
  11. É feita a limpeza do leito da ferida de queimadura e removido o tecido desvitalizado e de granulação com lâmina de canivete n.º24.
  12. Após desbridamento deve cobrir-se o leito da ferida com compressa embebida em SF
  13. Inicia-se o enxerto através da aplicação da pele no leito da ferida e fixada com agafos
  14. Faz-se o penso da zona enxertada com gaze gorda e por vezes coloca-se por cima da gaze gorda, compressas embebidas em nitrato de prata
  15. O penso da zona dadora é feito com Aquacel Ag®
  16. Protege-se ambas as zonas com compressas enroladas e compressas grandes sem contraste e com ligadura dependendo da zona e da dimensão
  17. Por vezes, quando o penso envolve articulação, as terapêutas fazem talas funcionais que são colocadas após o penso

### **Penso de Queimadura**

1. Passos 1 a 3, sendo que no passo 3 utiliza-se Clorohexidina e Água Destilada
2. Coloca-se novos campos e novos apósitos
3. Passo 16 e 17 do enxerto

### **Processo de Cicatrização da Pele**

A cicatrização ocorre sempre que existe perda de tecido além da derme

#### Fases da cicatrização:

**A fase inflamatória** é a preparação da ferida para a cicatrização. A fase de Inflamação inicia-se entre 3 a 5 dias. Inicia-se a agregação das plaquetas e depósito de fibrina, formando um coágulo sobre a lesão. A fibrina forma uma estrutura em rede onde as células se podem agregar e depositar na área em



processo de cicatrização (Stanley & Richard, 2004). Os neutrófilos, linfócitos e macrófagos são chamados a esta estrutura de fibrina para procederem à remoção de tecidos desvitalizados (Andrade; Lima ; Albuquerque, 2010).

De acordo com Stanley e Richard (2004) a inflamação é uma etapa fundamental ao processo de cura, sem a qual a cicatrização não é viável, sendo os sinais da inflamação: Hiperemia - aumento do fluxo sanguíneo na área lesada. Edema - ocorre devido a concentração de agentes inflamatórios na área. Dor - é causada pela libertação de fatores químicos irritantes como a histamina e a prostaglandina.

**A fase proliferativa** é a segunda fase da cicatrização com duração entre 6 dias a 3 semanas (SANTOS, 2000). De acordo Franco (2006) nesta fase, algumas horas após a lesão, tem início a angiogenese com a formação de capilares que migram de tecido para tecido para restabelecer a microcirculação. A vascularização é refeita, e com isso restabelecido o fluxo de nutrientes de forma continua para a cicatrização da lesão e formação do tecido de granulação. Nesta fase os macrófagos e monócitos são ativados, os fibroblastos proliferam produzindo colagénio extracelular. Abreu e Marques (2003) afirmam que na fase proliferativa dá-se o desenvolvimento do tecido de granulação que é composto de capilares novos, matriz extracelular e colagénio que são sintetizados pelas células endoteliais, fibroblastos e queratinocitos.

**A fase de maturação**, a terceira fase da cicatrização, tem início por volta da terceira semana após o ferimento e pode prolongar-se até dois anos, dependendo do grau, extensão e local da lesão. Esta fase serve para aumentar a força tênsil da cicatriz (ABREU; MARQUES, 2003; SANTOS, 2000).

#### Fatores que Retardam e Interferem na Cicatrização

Para Tazima, Morya e Vicente (2008) o reparo de lesões é um esforço nos tecidos para restaurar a função e estruturas normais, porém vários fatores interferem na cicatrização: Infecção, Idade, Desnutrição, Deficiência de proteínas e vitamina C afeta a síntese de colagénio. Mandelbaum, Di Santis e Mandelbaum (2003) reafirmam que além da idade há outros fatores: Estado nutricional do paciente, existência de doenças de base: diabetes, alterações cardiovasculares e de coagulação, aterosclerose, disfunção renal, quadros infecciosos sistêmicos, uso de drogas sistêmicas

De acordo com Wolf e Herndon (2003) a desnutrição ligada ao funcionamento desorganizado de vários órgãos, retarda o processo de cicatrização nos queimados, porém essa desnutrição pode ser modificada com a oferta adequada de nutrientes.

#### Avaliação da Ferida

A avaliação e documentação da ferida deve contemplar os princípios de preparação do leito da ferida, recomendada internacionalmente pelo acrónimo TIME (Tissue, Infection, Moisture, Edge) (Dowset & Newton, 2009):

- Tecido não viável (retirar e preparar o leito);
- Infecção/inflamação (diminuir carga bacteriana);



- Humidade da ferida (controle de umidade);
- Bordas da ferida não avançam (proteger e desbridar)

Tabela em Anexo

#### Tipos de Tecido inerentes ao processo de cicatrização

**Necrose:** Corresponde ao tecido morto, desidratado, podendo estar presente também o pus e o material fibroso, que favorecem a multiplicação de microrganismos, ocorre quando há a digestão da célula por enzimas produzidas por lisossomas. Varia de coloração, desde a cor preta, cinza, esbranquiçada até a esverdeada e preta. A crosta é um tipo de tecido desvitalizado, devido a sua exposição ao ar, resultando da desidratação celular

Pode ser secundária, entre outros, a liquefação, coágulo ou infecção.

**Infeção:** Quando há multiplicação de microrganismos na superfície dos tecidos a ferida pode ser considerada colonizada. Os microrganismos que colonizam a ferida não contribuem para sua cronicidade e apenas ocasionalmente os mesmos organismos que colonizam a ferida são os causadores de infecções. Quando os microrganismos invadem os tecidos a ferida está infectada.

**Fibrina:** é uma proteína insolúvel formada a partir do fibrinogênio pela ação proteolítica da trombina durante a coagulação normal do sangue. Na ferida, a fibrina é aderente aos tecidos e tem coloração esbranquiçada ou amarelada, podendo ser confundida com pus. A fibrina pode cobrir toda a extensão da úlcera ou apresentar-se como pontos de fibrina cobrindo parcialmente a lesão.

**Granulação:** caracteriza-se pela formação e crescimento de um tecido vascular novo (angiogênese), pelas células endoteliais dos vasos sanguíneos e uma matriz rica em colágeno segregada pelos fibroblastos. Têm a aparência de pequenas massas nodulares vermelhas, translúcidas e aveludadas

**Epitelização:** apresenta migração e multiplicação de células epiteliais sobre uma superfície de aspecto limpo, durante o processo cicatricial.

## Apósitos

<b>Apósito</b>	<b>Constituição</b>	<b>Função</b>	<b>Indicação</b>	<b>Tempo de permanência</b>
<i>Mepilex Ag</i>	Espuma e filme de poliuretano Prata Carvão ativado	Sela as margens da ferida Absorve exsudado Reduz a carga bacteriana	Queimaduras exsudativas	Se descolar Máximo de 7 dias
<i>Aquacel Ag</i>	Prata iónica em hidrofibra	Absorve exsudado Reduz a carga bacteriana	Zonas dadoras	Máximo de 14 dias
<i>Hidrogel</i>	Gel desbridante	Destacamento de placas aderente (fibrina e necrose)	Queimaduras com placas aderentes de fibrina e/ou necrose	Absorvido
<i>Gaze Gorda e Vaselina</i>	"Gordura"	Emoliente	Quando necessário manter a hidratação do leito	-
<i>Sulfadiazina Ag 1%</i> <i>Sulfadiazina Cério 0,4%</i>	Pomada branca hidrossolúvel	Reduz a carga bacteriana	Aplicação em zonas de difícil adaptação de apósitos ou nas fases iniciais de tratamento da queimadura	Reage com o exsudado, substituir sempre que se apresentar amarela ou gelatinosa
<i>Biafine</i>		Ativação da microcirculação Potenciador da renovação celular	Queimaduras superficiais	Absorvido
<i>Cloranfenicol</i>		Hidratante Reduz carga bacteriana	Queimaduras da face	Absorvido



## Projeto de Melhoria de Cuidados

Tendo em conta a referência a dificuldades na passagem da informação e continuidade de cuidados de enfermagem bem como da sua articulação com os serviços de internamento, foi necessário implementar um projeto de continuidade dos cuidados. Este consiste numa adaptação da *Chek-list* IDEIA aos queimados tendo surgido assim a *Chek-list* IQEIA e também a elaboração e aplicação de um instrumento de registo de enfermagem com abordagem da evolução da queimadura.

O instrumento de registo destina-se a ser informático, ficando os documentos no computador da sala 1. Constituem-se dois documentos: Ficha de entrada a ser preenchida quando se dá entrada a um queimado proveniente da urgência ou com dados já existentes da sua entrada em dias anteriores e o diário do queimado que se destina a ser preenchido em cada procedimento realizado constituindo assim um documento potenciador da continuidade. Para esta finalidade fica uma máquina fotográfica com leitor de cartões no serviço, por forma a registar de forma imagética a evolução cicatricial da queimadura.

Criou-se ainda um uma pasta na área de utilização comum do hospital com o nome Queimados BOP, cujo objetivo é partilhar os ficheiros acima citados, referentes a todos as crianças queimadas tratadas no BOP, com a equipa de enfermagem do serviço de internamento de cirurgia pediátrica e UCIP.



## Referências Bibliográficas

1. Advanced Life Support Group. (2005). Advanced Paediatric Life Support - The Practical Approach. (K. Mackway-Jones, E. Molyneux, B. Phillips, & S. Wieteska, Eds.) (4th ed.). Blackwell Publishing Ltd. Retrieved from [http://portalneonatal.com.br/livros/arquivos/Pediatria/Advanced Paediatric Life Support, 4th Edition.pdf](http://portalneonatal.com.br/livros/arquivos/Pediatria/Advanced_Paediatric_Life_Support_4th_Edition.pdf)
2. American Burn Association. (2001). Practice Guidelines for Burn Care. Journal of Burn Care & Rehabilitation.
3. American College of Surgeons. (2012). Advanced Trauma Life Support - Student Course Manual (9th ed.).
4. Araújo, A. (2010). Dez crianças são vítimas de queimaduras graves por semana. Diário de Notícias, p. 19.
5. Benner, P. (2001). De Início a Fim. Coimbra: Quarteto Editora.
6. Brito, M. E. M. De, Damasceno, A. K. D. C., Pinheiro, P. N. D. C., & Vieira, L. J. E. D. S. (2010). A cultura no cuidado familiar à criança vítima de queimaduras. Revista Eletrônica de Enfermagem, 12(2), 321–326. doi:10.5216/ree.v12i2.7457
7. Brown, N. J., Rodger, S., Ware, R. S., Kimble, R. M., & Cuttle, L. (2012). Efficacy of a children's procedural preparation and distraction device on healing in acute burn wound care procedures: study protocol for a randomized controlled trial. Trials, 13, 238. doi:10.1186/1745-6215-13-238
8. Circular Informativa [redacted] - Política de Qualidade (2012).
9. Circular Informativa [redacted] - Procedimento Multissetorial - TRC. 111 - Avaliação e registo da dor enquanto 5º sinal vital (2014).
10. Circular Informativa [redacted] - Estratégia de Enfermagem (2011).
11. Circular Normativa No 9/DGCGA - Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor (2003).
12. Circular Normativa No 07/DQS/DGQO - Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado (2010).
13. Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, Relatório CRRNEU.
14. Connolly, S. (2011). Clinical Practice Guidelines : Burn Patient Management (1.5 ed.). ACI.
15. D'Souza, A. L., Nelson, N. G., & McKenzie, L. B. (2009). Pediatric burn injuries treated in US emergency departments between 1990 and 2006. Pediatrics, 124(5), 1424–30. doi:10.1542/peds.2008-2802
16. Direção Geral do Ensino Superior. (2008). Descritores de Dublin. Retrieved April 21, 2014, from <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
17. El Hamaoui, Y., Yaalaoui, S., Chihabeddine, K., Boukind, E., & Moussaoui, D. (2006). Depression in mothers of burned children. Archives of Women's Mental Health, 9(3), 117–9. doi:10.1007/s00737-006-0124-1
18. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC. Retrieved from <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivoscompetenciasportal.pdf>



19. Fragata, J. I. G. (2010). A segurança dos doentes – Indicador de Qualidade em Saúde. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, (26), 564–570.
20. Francisco, T., Nóbrega, S., Valente, R., Santos, M., Pereira, G., Estrada, J., ... Ventura, L. (2013). Grande queimado numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos – experiência de 20 anos, XXII, 151–157.
21. Gerard Beerthuizen, & Magnette, A. (2013). *European Practice Guidelines for Burn Care*. Retrieved from [http://euroburn.org/wp-content/uploads/2014/01/EBA\\_-\\_Guidelines\\_-\\_2013\\_Vienna\\_Edition.pdf](http://euroburn.org/wp-content/uploads/2014/01/EBA_-_Guidelines_-_2013_Vienna_Edition.pdf)
22. Gimenez-paschoal, S. R. (2009). EFECT OF AN EDUCATIVE ACTION ON RELATIVES ' KNOWLEDGE ABOUT CHILDHOOD BURNS AT HOME ^ Disponible en castellano / Disponível em lingua portuguesa SciELO Brasil [www.scielo.br/rlae](http://www.scielo.br/rlae), 17(3).
23. Harrison, T. (2011). Family Centered Pediatric Nursing Care : State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(5), 335–343. doi:10.1016/j.pedn.2009.01.006.Family
24. Karkkainen, O., Bondas, T., & Eriksson, K. (2005). Documentation of Individualized Patient Care: A Qualitative Metasynthesis. *Nursing Ethics*, 2(12). Retrieved from <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ec5f5af1-e33f-4f90-b55d-3726dc627a4a@sessionmgr4004&vid=2&hid=4209>
25. Lei n.o 11/2009 de 16 de Setembro - Secção II do código deontológico do enfermeiro (2009).
26. Neuman, B. (2011). *The Neuman Systems Model*. (M. Connor, Ed.) (5a ed.). PEARSON.
27. Norma nº 022/DQS/DQCO de 22/06/2010. Abordagem hospitalar das queimaduras. DGS. 2012. Lisboa. Acedido a 16-12-2014. Disponível em [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CC0QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fnorma-n-0222012-de-26122012-png.aspx&ei=HjqjVI\\_NJ4L1UMPsgZgB&usg=AFQjCNFcdE11MS\\_QqTLbzb8vGD79fWmpvw&bvm=bv.82001339,d.d24](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CC0QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fnorma-n-0222012-de-26122012-png.aspx&ei=HjqjVI_NJ4L1UMPsgZgB&usg=AFQjCNFcdE11MS_QqTLbzb8vGD79fWmpvw&bvm=bv.82001339,d.d24).
28. Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações. Retrieved from [http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764\\_miolo.pdf](http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf)
29. Pais, S. A. (2012). *O Doente Crítico*. Universidade Católica Portuguesa. Retrieved from <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10219/1/TESE SONIA PAIS.pdf>
30. Regulamento n.o 122/2011 de 29 de Maio da Assembleia Geral, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. , Pub. L. No. Diário da República, 2.a série — N.o 35 — 18 de Fevereiro de 2011 (2011). Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf)
31. Regulamento n.o 124/2011 de 20 de Novembro da Assembleia Geral, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. , Pub. L. No. 8656 Diário da República, 2.a série — N.o 35 — 18 de Fevereiro de 2011 (2010). Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento124\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf)





32. Soares, M. R., Valente, P., Vale, M. do C., Estrada, J., Ventura, L., Barata, D., & Vasconcelos, C. (2007). Perfil do grande queimado em cuidados intensivos pediátricos - Experiência de doze anos ., XVI, 70–73.

33. SOL/LUSA. (2010). Hospital de S. João insiste na urgência de criação de unidade de queimados pediátricos. SOL, pp. 1–2. Retrieved from [http://sol.sapo.pt/inicio/Sociedade/Interior.aspx?content\\_id=4908](http://sol.sapo.pt/inicio/Sociedade/Interior.aspx?content_id=4908)

34. Swor, R., McEachin, C. M., Seguin, D., & Grall, K. H. (2004). Prehospital pain management in children suffering traumatic injury. *Prehospital Emergency Care : Official Journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*, 9(1), 40–3. doi:10.1080/10903120590891930

35. Vale, M. do C., Estrada, J., & Vasconcelos, C. (2000). Grande Queimado em cuidados Intensivos Pediátricos. In *Acta Pediátrica. Port.*, 2000; Vol. 31 (6th ed., pp. 427–30).

36. Vendrusculo, T. M., Balieiro, C. R. B., Echevarría-Guanilo, M. E., Junior, J. A. F., & Rossi, L. A. (2010). Burns in the Domestic Environment : Characteristics and Circumstances of Accidents. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3).

37. Williams, C. (2011). Assessment and management of paediatric burn injuries. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 25(25), 60–4, 66, 68. doi:10.7748/ns2011.02.25.25.60.c8349



## **Apêndice XXIV – Plano de Sessão da formação no BOP**



## Plano De Sessão (Pinheiro & Ramos, 2005)

### 1. Identificação da Ação de Formação

- Tema: “Sensibilização para a ”
- Destinatários: Enfermeiros, Assistentes Operacionais e Médicos
- Tempo previsto: 15 minutos
- Data: 31 de Janeiro de 2014
- Local: BOP [REDACTED]
- Formador: Vânia Ribeiro. Aluna de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

### 2. Objetivo Geral

- Sensibilizar para a importância da continuidade dos cuidados de enfermagem ao doente queimado
- Dar a conhecer o projeto dos Queimados no BOP

### 3. Objetivos Específicos

- Reconhecer as propostas de instrumento de registo (Folhas de Registo).
- Reconhecer a proposta de atuação em enfermagem (Dossier e IQEIA).

### 4. Pré-requisitos

- Enfermeiros que desempenham funções no BOP - [REDACTED]

Plano de Sessão				
Conteúdos	Metodologia	Recursos Físicos	Avaliação	Tempo
<b>Introdução</b> Apresentação Apresentação dos Objetivos da Sessão	Expositivo	Computador do serviço		2
<b>Desenvolvimento</b> Importancia da continuidade dos cuidados Proposta de folha de registo e sua utilização Proposta de atuação na promoção da	Expositivo		Resposta a questões <i>brainstorming</i>	6

continuidade dos cuidados Explicitação do Dossier dos Queimados <b>Síntese/Avaliação</b>				2
<b>Conclusão</b> Questões e dúvidas Ficha de avaliação da formação	Interrogativo  Expositivo			5 Minutos

## 5. Referências Bibliográficas:

American Association of Critical-Care Nurses. (2005). Pediatric end-of-life care. *Critical Care Nurse*, (25), 12–13.

American Burn Association. (2001). Practice Guidelines for Burn Care. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*.

American College of Surgeons. (2012). *Advanced Trauma Life Support - Student Course Manual* (9th ed.).

Pinheiro, J., & Ramos, L. (2005). *Métodos Pedagógicos* (4a ed.). Instituto do Emprego e Formação Profissional. Retrieved from <http://opac.iefp.pt:8080/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=21415&img=889>

## **Apêndice XXV – Formação no BOP**



## **Sessão de Formação no BOP**

A sessão de Formação que efetuei no BOP, não foi acompanhada de nenhum apoio multimédia a não ser os próprios instrumentos que se podem encontrar nos apêndices XXI, XXII e XXIII. Foi utilizado o computador do serviço para que os enfermeiros pudessem visualizar as propostas de instrumento em questão. Tendo em conta a dinâmica do serviço, e a brevidade do estágio aqui desenvolvido, não foi possível reunir toda a equipa num só momento, pelo que optei por fazer diversas sessões de formação nos diversos dias de estágio por forma a conseguir formar o maior número de enfermeiros possível.





## **Apêndice XXVI – Avaliação da formação no BOP**



## **Avaliação da Sessão de Formação** (Pinheiro & Ramos, 2005)

**Tema:** Estado d'Arte – Atualidade dos cuidados ao doente queimado em Portugal

**Local:** BOP [REDACTED]

**Formador:** Aluna de Mestrado em Enfermagem PSC, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**Formandos:** 20 Enfermeiros

Tendo sido pedido aos formandos que preenchessem a tabela seguinte, obtive o seguinte número de respostas:

<b>Critérios a avaliar</b>	Discorda completamente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
As suas expectativas em relação à formação foram atingidas			8	12
Os objetivos da formação foram atingidos			1	1
Foi útil para a sua atividade profissional			15	5
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos			13	7
A sessão apresentou bom nível pedagógico				20
Foram abordados todos os pontos que considera importantes			1	19
Os audiovisuais utilizados foram adequados				20
A duração da formação foi adequada				20
O horário da formação foi adequado		3	6	11



**ANEXOS**



## **Anexo I – Regra dos “9”**

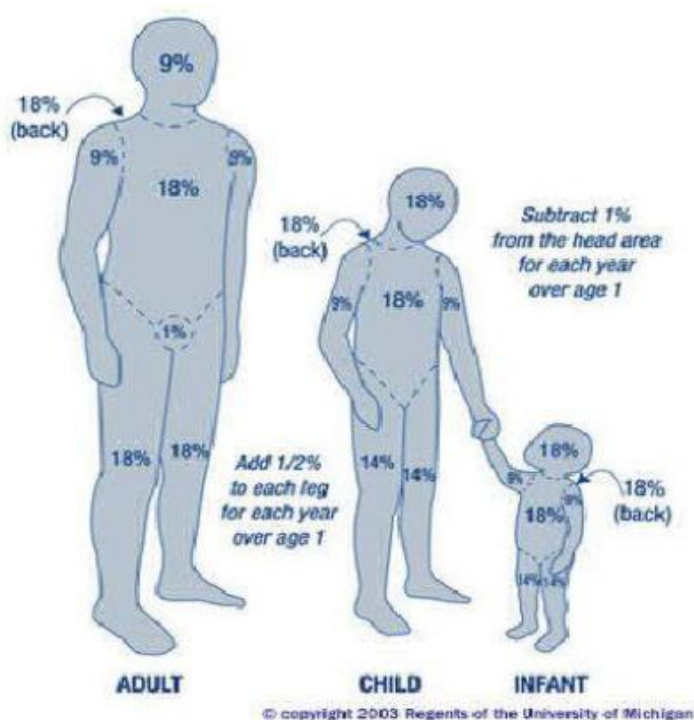




## Percentagem de superfície corporal total queimada

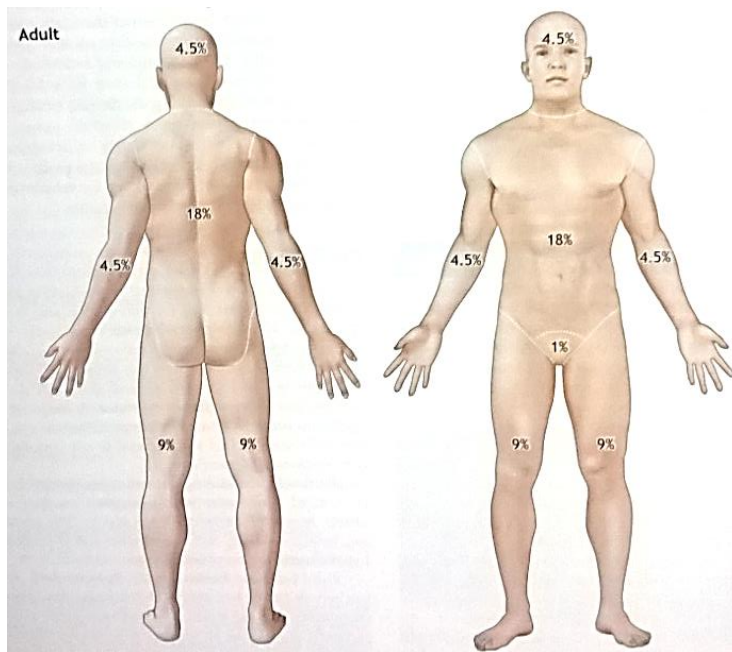
A avaliação e registo da área total de superfície corporal queimada (TBSA) poderão ser realizados através da tabela de *Lund e Browder* (tabela n.º 1)

REGIÃO ANATÓMICA	IDADE (ANOS) e percentagem corporal (%) a considerar					
	0anos	1ano	5anos	10anos	15anos	> 15
Cabeça	19	17	13	11	9	7
Pescoço	2	2	2	2	2	2
Tronco Anterior	13	13	13	13	13	13
Tronco posterior	13	13	13	13	13	13
Nádegas	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Genitais	1	1	1	1	1	1
Braço	4	4	4	4	4	4
Antebraço	3	3	3	3	3	3
Mão	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Coxa	5,5	6,5	8	8,5	9	9,5
Perna	5	5	5,5	6	6,5	7
Pé	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5



Em alternativa ou para uma avaliação inicial rápida, podemos utilizar a “Regra dos Nove” ou a medida da palma da mão do doente que corresponde a 1% da superfície corporal (*vide* figura 1).

- Os locais de queimadura, por si só, também nos dão a indicação da percentagem de área queimada a saber:
  - Cabeça e região cervical =9%
  - Tronco =36%
  - Membro superior =9%



- Membro inferior =18%
- Períneo =1%

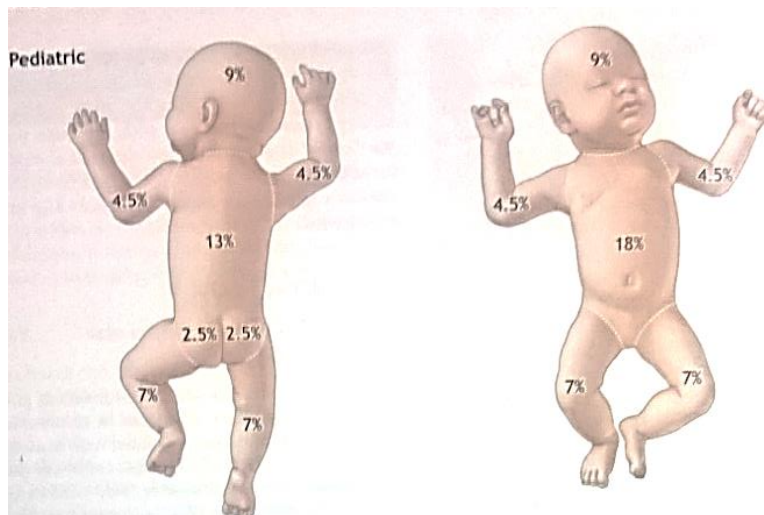
Figura1: “Regra dos Nove”

Considerada uma forma fidedigna de cálculo da percentagem de superfície corporal queimada é alcançada através da utilização da “regra dos 9” (Stafford et

al., 2010, American College of Surgeons, 2012)

Nas crianças a cabeça conta como 18% da superfície corporal, tal como o tórax posterior e o tórax anterior, cada membro superior corresponde a 9% e cada membro inferior a 14%.

Com a utilização deste método é importante ter em conta que a % de



superfície corporal de cada uma das áreas altera com a idade sendo que no que diz respeito a cabeça deve-se subtrair 1% por cada ano de vida acima do ano de idade e no que diz respeito aos membros inferiores deve-se somar ½% a cada

membro inferior por cada ano de vida acima do ano de idade.

(Stafford et al., 2010, American College of Surgeons, 2012)

## **Anexo II – Escala de avaliação da profundidade da queimadura**

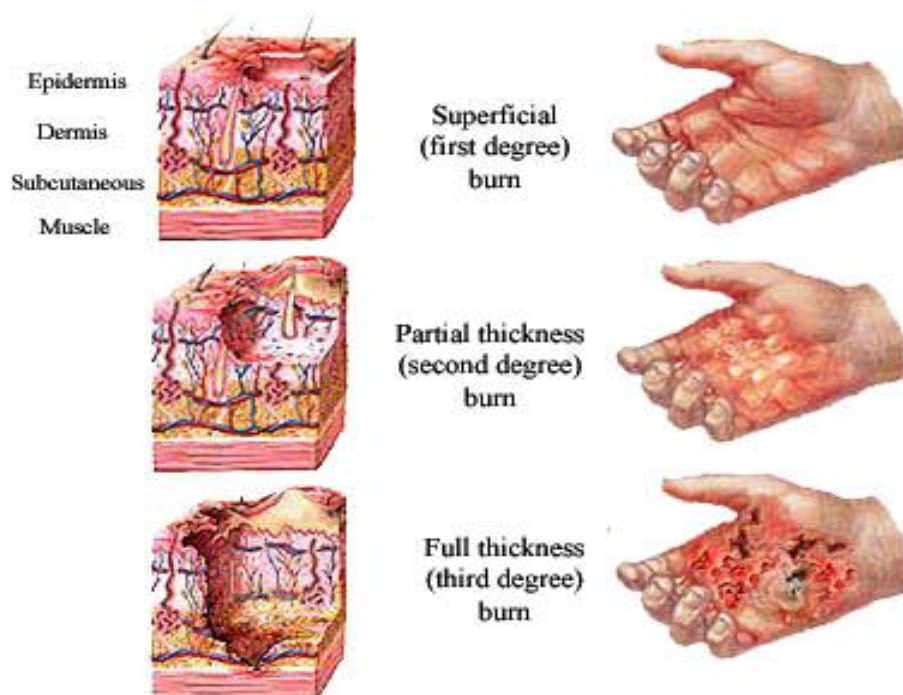


## Profundidade

- Na avaliação da profundidade da queimadura deverá considerar o seguinte:

Classificação		
Antiga	Recente	Atual
1º Grau	Epidérmica	Epidérmica
2º Grau	2º Grau superficial	Superficial parcial
	2º Grau profunda	Profunda parcial
3º Grau	Subdérmica	Profunda completa
		Profunda completa +

- Considera-se como queimadura epidérmica - eritema da pele (ex: queimadura solar). Não deve ser considerada no cálculo da superfície corporal queimada para efeitos de reposição hídrica.
- Considera-se como queimadura superficial de espessura parcial – envolve a epiderme e parte da derme papilar.
- Considera-se como queimadura profunda de espessura parcial – envolve epiderme, toda a camada papilar da derme até à derme reticular.
- Considera-se como queimadura profunda completa – envolve toda a espessura da pele.
- Considera-se como queimadura profunda “completa +” - envolve, além de toda a espessura da pele, tecidos subjacentes, como músculos e/ou ossos.
- A profundidade de uma lesão provocada por queimadura deve ser reavaliada dois a três dias após a avaliação inicial, preferencialmente pelo mesmo médico.
- A extensão e a rapidez de preenchimento capilar podem ser utilizadas como um método clínico de avaliação da profundidade da queimadura.



<http://www.burn-recovery.org/injuries.htm>

- Em caso de suspeita de maus-tratos, examinar outros sinais de maus-tratos, fotografar as lesões, encaminhar para um centro de tratamento de queimados e referenciar aos Serviços Sociais.
- As queimaduras sem cicatrização até ao 10<sup>o</sup>-14<sup>o</sup> dia devem ser encaminhadas para os centros de tratamento de queimados assim como os doentes com cicatrizes, de alguns meses, após uma queimadura.

(Norma 022/2012 da Direção-Geral da Saúde - Abordagem Hospitalar das Queimaduras, 2012)

### **Anexo III – Índice de Clark**





A Rouquidão progressiva é um sinal de obstrução da via aérea e a entubação endotraqueal precoce deve ser equacionada, antes da constituição do edema e alteração da anatomia da área

- O índice de Clark calcula-se de acordo com a seguinte tabela:

<b>Critério</b>	<b>Pontuação</b>
Espaço Fechado	1
Dispneia	1
Alteração de Consciência	1
Rouquidão	1
Queimadura Facial	1
Expectoração Carbonácea	1
Fervores/Alt. Auscultação	1
Total	7

Um índice de Clark  $\geq 2$  implica forte suspeita de lesão inalatória e deverá ser considerada a entubação endotraqueal.

*(Norma 022/2012 da Direção-Geral da Saúde - Abordagem Hospitalar das Queimaduras, 2012)*



#### **Anexo IV – Formula de Parkland**



### **Fórmula de Parkland adaptada:**

Nas primeiras 24 horas 2 a 4 ml de Lactato de Ringer/kg/%AQ em que metade desse volume se administra nas primeiras 8 horas e o restante nas seguintes 16 horas.

$$\begin{array}{c} 2-4 \text{ ml LR} \\ \times \\ \text{Peso em Kg} \\ \times \\ \% \text{ Superfície corporal queimada} \end{array}$$

Em pediatria poderá ser necessário adicionar dextrose para reposição de fluidos para evitar hipoglicemia.

Débito urinário de 1ml/kg/hr para crianças com menos de 30 kg, no adulto 0,5ml/kg/hr.

(American College of Surgeons, 2012; Shrestha, 2006; Stafford et al., 2010)



## **Anexo V – Projeto IDEIA**





## PROGRAMA DE MELHORIA CONTÍNUA DE QUALIDADE - IDEIA

### Blocos Centrais

**Tema:** Melhorar a transferência de cuidados entre BO e UCs

**Objectivo Geral:** Promover a Continuidade dos Cuidados entre BO e UCs

**Objectivo Específico:**

Sistematizar a transmissão de informação nos momentos de transferência dos doentes no peri-operatorio entre a sala de operações e a UCPA e entre o BO e as Unidades Clínicas

### Contextualização

A investigação e o crescimento profissional advêm, em primeira instância, da análise reflexiva da nossa praxis diária e das necessidades que com ela se criam. (Processos de reflexão da equipa de Enf. Perioperatória, *in* Formação em serviço, 2010)

Sabemos hoje, que *“A maioria dos eventos adversos ocorridos com os doentes envolvem falhas na comunicação”* (Denver Health, Safecoms.org)

Dados do estudo *Denver Health Patient Safety Net 2005* revelaram que 21% dos eventos adversos envolvem falhas das equipas de saúde e destes, 84% envolvem problemas de comunicação.

*“ Uma comunicação clara e eficiente é uma componente essencial para a segurança do doente...Numa duração média de internamento de 4,8 dias, com 5 momentos de transmissão de informação por dia, significam cerca de 24 oportunidades de falha de comunicação que podem prejudicar o doente.”* (Institute for Healthcare Improvement, 2011)

Frankel e Leonard, 2011, referem que *“Técnicas simples de comunicação aumentam a probabilidade da transmissão e recepção da informação ocorrer de forma mais rápida e precisa.”* (Watson, 2011)

A Ordem dos Enfermeiros afirma que *“o maior desafio passa por reformar métodos e técnicas que demonstraram não beneficiar os cidadãos”* e que a organização dos cuidados de enfermagem pressupõe *“ a utilização de*

*metodologias promotoras da qualidade*” (Padrões de qualidade dos Cuidados de enfermagem – Enquadramento conceptual; enunciados Descritivos – OE, 2011)

Na sequência do Programa de Melhoria Contínua de Qualidades dos Cuidados de Enfermagem do [REDACTED], surgiu a necessidade de uniformizar critérios de transmissão da informação nos momentos de transferência de cuidados perioperatórios, “*hand off*”. ([REDACTED])

Esta necessidade de melhoria da organização dos cuidados de enfermagem foi ainda identificada pelos enfermeiros das Unidades Clínica na sequência da auditoria realizada com base no Procedimento de segurança do doente cirúrgico, Nov. 2010. Neste processo ficou identificada a necessidade de sistematização da informação na transferência de cuidados pós-operatórios. Esta necessidade foi validada posteriormente durante o 2º trimestre de 2011, em questionário formal realizado a 10% dos enfermeiros das unidades de internamento cirúrgico do [REDACTED].

A lista de transferência de cuidados perioperatórios pretende ser uma ferramenta sistematizadora da informação indispensável à continuidade de cuidados. Esta tem como base uma técnica de comunicação simples que utiliza uma mnemónica – IDEIA - que estrutura a informação clínica fundamental em 5 áreas/ítems:

- **I : Identificação** do Profissional (Nome e função); **Identificação** do doente (dados demográficos e tipo de episódio)
- **D : Diagnóstico** de entrada (cirurgias anteriores, internamentos e medicação habitual)
- **E : Especificações** Anestésicas (tipo de Anestesia e Alterações significativas – hemodinâmicas, laboratoriais e transfusões de hemoderivados)
- **I : Intervenção** Cirúrgica (Acto Cirúrgico e Intercorrências)
- **A : Avaliação** final (Estado de consciência, analgesia, avaliação da dor, avaliação da temperatura e Recomendações- vias de acesso, drenagens, penso operatório, informação sobre familiares/acompanhantes e outras indicações clínicas)

Projeto IDEIA

Pedido de autorização para aplicação do questionário

Enf. [REDACTED]

Enfermeira Diretora do [REDACTED]

Lisboa, 27 Abril de 2011

Somos um grupo de Enfermeiros do Bloco Operatório [REDACTED], que se encontra a desenvolver o projeto de uniformização de critérios de transmissão de informação no perioperatório: IDEIA, de forma a promover a continuidade dos cuidados, inserido no Projeto do Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem atualmente em curso nesta instituição.

Solicitamos, por esta via, a vossa autorização para implementar um questionário que visa a adaptação e fundamentação do instrumento de transmissão de informação em desenvolvimento. Este será aplicado aos enfermeiros das unidades clínicas que participam na prestação de cuidados pré e pós operatórios ao doente cirúrgico do [REDACTED].

Enviamos o questionário em anexo.

Sem outro assunto de momento, subscrevemos,

[REDACTED]  
[REDACTED]

Questionário aplicado no [REDACTED]

Caros colegas:

Somos Enfermeiros do Bloco Operatório de Pediatria, pretendemos aplicar no nosso hospital, o projeto IDEIA iniciado no BOC do [REDACTED].

Este projeto visa reduzir erros e falhas no momento da transferência de cuidados do doente cirúrgico, no que diz respeito à passagem de informação clínica de enfermagem perioperatória.

Com este projeto pretende-se reduzir a variabilidade de práticas na passagem de informação e reduzir erros na comunicação. Como sabemos os erros de comunicação no momento de transferência de cuidados são uma das causas principais de eventos adversos nos serviços de saúde.

Solicitamos a vossa colaboração no preenchimento do questionário abaixo, que visa conhecer a opinião dos enfermeiros do BO e das unidades de internamento, relativamente à forma como a informação clínica de enfermagem é transmitida na passagem do doente das salas operatórias para a UCPA e do BO para os serviços internamento, UCIP e UCIN.

Muito Obrigada (Vânia Ribeiro [REDACTED])

## QUESTIONÁRIO

Assinale com um X o grau de contribuição atribuído a cada questão, com a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Nenhuma Contribuição	Pouca Contribuição	Alguma Contribuição	Muita Contribuição	Máxima Contribuição

- I. Em que medida, considera que a transmissão de informação contribui para a continuidade dos cuidados?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- II. Considera que a forma como atualmente ocorre a transmissão de informação contribui para a continuidade dos cuidados?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- III. Considera que uma eventual mudança na forma como se transmite informação, contribuiria para uma melhoria da continuidade dos cuidados?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- IV. Considera que a existência de uma ferramenta que facilite a transmissão de informação pode contribuir para a melhoria da continuidade dos cuidados?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- V. Sugira **três** aspetos a melhorar no processo de transmissão de informação clínica de enfermagem perioperatória.

---

---

---

- VI. Enumere **cinco** aspetos importantes dos cuidados ao doente cirúrgico pediátrico que devam ser considerados pelos enfermeiros na transmissão de informação.

---

---

---

---

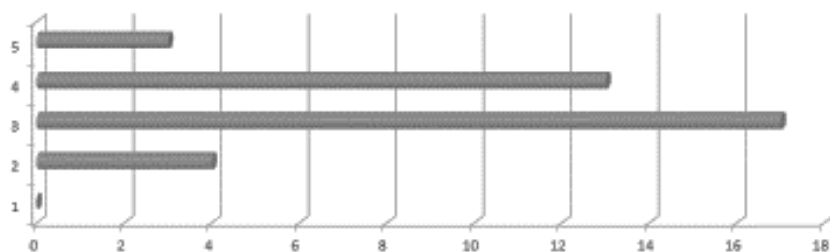
---

## Projeto IDEIA

Resultados do Questionário aplicado no [REDACTED]

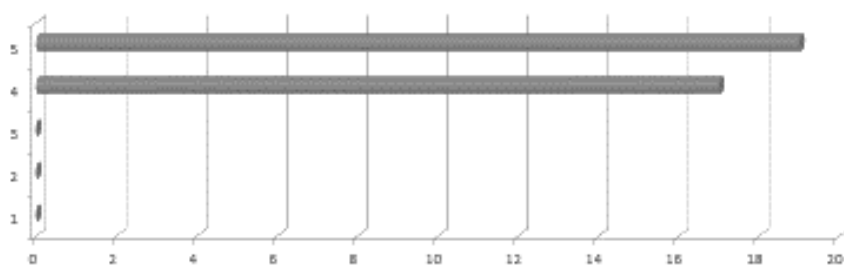
Pergunta I	1	2	3	4	5
BOP		1	4	3	
UIA			3	1	2
UCIP			2	3	1
3.1.		2	4		
3.2.			1	4	
4.1.		1	3	2	
total	0	4	17	13	3

Considera que a informação que é transmitida atualmente contribui para a continuidade dos cuidados?



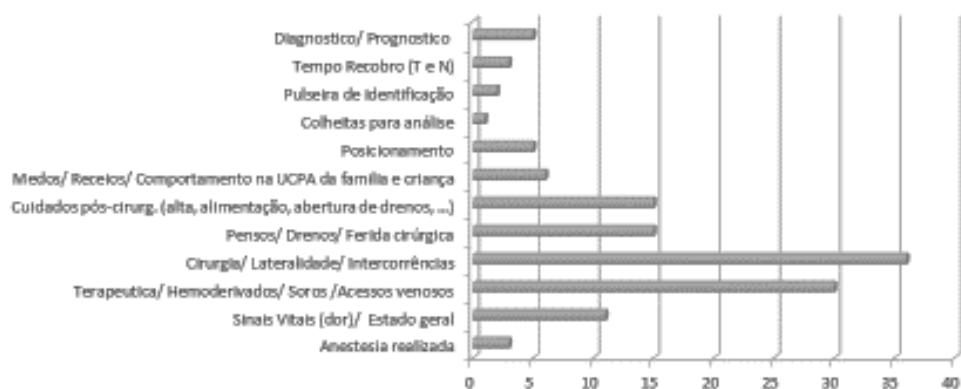
Pergunta II	1	2	3	4	5
BOP				3	5
UIA				1	5
UCIP				1	5
3.1.				5	1
3.2.				4	1
4.1.				3	2
total	0	0	0	17	19

Considera que a existência de uma Ferramenta que facilite a transmissão de informação pode contribuir para a melhoria da continuidade dos cuidados?



Enumere cinco aspectos importantes dos cuidados ao doente cirúrgico pediátrico que devam ser considerados pelos enfermeiros na transmissão de informação.

Perg. =	Anteced. / dados pessoais / Alergias	ECO	Anestesia realizada	Sinais Vitais (dor) / Estado geral	Terapêutica / Hemoderivados / Soros / Acessos venosos	Cirurgia / Lateralidade / Intercorrências	Pensos / Drenos / Ferida cirúrgica	Cuidados pós-cirurg. (alta, alimentação, abertura de drenos, ...)	Medos / Receios / Comportamento na UCPA da família e criança	Posicionamento	Colheitas para análise	Pulseira de identificação	Tempo Recobro (T e N)	Diagnóstico / Prognóstico	Jejum
BOP	3		2	3	7	8	2	4	1						1
UIA	6	1		2	2	6		3	1					3	3
UCIP				1	7	4	5	3		2					
3.1.				3	5	5	4	2	1	3	1		1		
3.2.	2	3			5	5	2	3					2	2	
4.1.	1		1	2	4	8	2		3			2			
Total	12	4	3	11	30	36	15	15	8	5	1	2	3	5	4



Após observação e tratamento dos resultados obtidos, elaborou-se o seguinte instrumento de trabalho:

# LISTA DE VERIFICAÇÃO PÓS-CIRURGICA – IDEIA

TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Critérios	Sim	Não	N/A
<b>IDENTIFICAÇÃO do Profissional</b>			
Nome			
Função			
<b>IDENTIFICAÇÃO do Doente</b>			
Nome, idade, n.º processo			
Pulseira de identificação			
Episódio			
<b>DIAGNÓSTICO de Entrada</b>			
Cirurgias anteriores/ Antecedentes/ Alergia-pulseira			
Internamentos			
Medicação habitual			

Critérios	Sim	Não	N/A
<b>ESPECIFICAÇÕES Anestésicas</b>			
Tipo de Anestesia/ Fármacos efetuados			
Alterações significativas hemodinâmicas			
Alterações significativas laboratoriais			
Transfusões de hemoderivados			
Colheitas laboratoriais			
<b>INTERVENÇÃO Cirúrgica</b>			
Ato Cirúrgico/ Procedimento Invasivo			
Evolução de feridas e queimaduras			
Intercorrências			
Colheitas de Peças Anatómicas e Exsudados			
Posicionamento			

Critérios	Sim	Não	N/A
<b>AVALIAÇÃO Final</b>			
Avaliação física geral			
Estado de consciência			
Sinais vitais (temperatura)			
Avaliação da dor/ Analgesia			
Medicações administradas e em curso (identificação/rotulagem)			
Recomendações: vias de acesso, drenagens, penso operatório			
Informação sobre familiares/acompanhantes			
Prescrições e indicações para o pós-operatório			

## Instruções de preenchimento:

Assinalar **Sim** com um V se informação for passada.  
Assinalar **Não** com um V se informação não for passada.  
Assinalar **N/A** com um V se informação não se aplicar.  
Quadrado **branco** a ser preenchido pelo Enf.º da UCPA.  
Quadrado **sombreado** a ser preenchido pelo Enf. da Sala Op..

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vinheta do Doente

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_h \_\_\_\_m

Enf. Sala Op.: \_\_\_\_\_

Enf. U.C.P.A.: \_\_\_\_\_

Enf. Serv. Intern.: \_\_\_\_\_



**Anexo VI – XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de  
Queimados**



**XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimaduras  
Figueira da Foz – Mercure Figueira da Foz Hotel, 15 de Novembro de 2014**

Nome.....

Residência.....

Código Postal..... Localidade:..... E-mail:.....

Tel:..... Profissão:..... Local de trabalho:.....

Junto envio o cheque N.º.....do Banco.....  
Preço da Inscrição (Coloque um X na opção pretendida)

Até 01 de Novembro de 2014    35 €    ☐    ☐

Após 01 de Novembro de 2014    50 €

A Inscrição no XI Reunião Científica assegura ao Congresso o direito à participação nas sessões científicas, pasta de documentação, certificado de presença, coffee-break e almoço.

### COMISSÃO CIENTÍFICA:

Dr. Álvaro Silva (Hospital de S. João)  
Dr.ª Angélica Almeida (Hospital de S. José)  
Dr. Celso Cruzeiro (Clínica Sta. Filomena - Coimbra)  
Dr. Jorge Lima (Centro Hosp. e Univ. de Coimbra)  
Prof. Doutor Manuel Caneira (Faculdade de Med. de Lisboa)  
Dr. Manuel Maia (Hospital da Prelada)  
Dr. Videira e Castro (Hospital de S. José)  
Dr. Rogério Santos (Hospital de Sta. Maria)  
Dr.ª Zínia Serafim (Clínica de Santo António - Lisboa)

### COMISSÃO ORGANIZADORA:

#### Presidente:

Dr. Luís Cabral (Centro Hosp. e Univ. de Coimbra)

#### Secretária:

Dr.ª Carla Diogo (Centro Hosp. e Univ. de Coimbra)

#### Vogais:

Dr.ª Sara Ramos (Centro Hosp. e Univ. de Coimbra)  
Dr.ª Susana Pinheiro (Centro Hosp. e Univ. de Coimbra)  
Dr. Ricardo Carvalho (Centro Hosp. e Univ. de Coimbra)  
Dr. Ruben Coelho (Centro Hosp. e Univ. de Coimbra)  
Dr. Luís Saraiva (Hospital de Sta. Maria – Lisboa)  
Dr. Miguel Vaz (Centro Hosp. e Univ. de Coimbra)  
Dr.ª Íris Brito (Centro Hosp. e Univ. de Coimbra)

### SECRETARIADO:

Carlos Simões  
Paula Lemos  
António Roxo  
Luís Simões

### ALOJAMENTO:

Mercure Figueira da Foz Hotel  
Avenida 25 de Abril, 22  
3080-086 Figueira da Foz - PORTUGAL  
Tel : (+351)233/403900 - Fax : (+351)233/403901  
E-mail : H1921@aocor.com

## XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimaduras



## Mercure Figueira da Foz Hotel 15 de Novembro de 2014



### SECRETARIADO:

Unidade dos Queimados  
Av. Bissaya Barreto, 3000-075 Coimbra  
TM.: 966 220 975 - Fax. 239 482 061  
E-mail: spq.reuniaoanual@gmail.com

## 15 DE NOVEMBRO DE 2014 (SÁBADO)

**08h30** Abertura do Secretariado

**09h00** Avanços no tratamento cirúrgico das queimaduras

**Moderador:** Dr. Alvaro Silva (Hospital de S. João)

**Palestrante:** Dr. Pedro Carvalho (Hospital da Prelada)

**10h00** A ventilação não-invasiva no doente queimado

**Moderadora:** Dr.ª Luíza Krebs (Hospital de Sta. Maria)

**Palestrante:** Dr.ª Paula Egito (Hospital de S. João)

**11h00** Coffee-break

**11h30** Tratamento da dor na Unidade de Queimados

**Moderador:** Prof. Doutor Acácio Rodrigues  
(Hospital de S. João)

**Palestrante:** Dr.ª Isabel Tourais  
(Centro Hosp. e Univ. de Coimbra)

**12h30** Utilização de substitutos cutâneos biológicos e sintéticos

**Moderador:** Prof. Doutor Manuel Caneira  
(Faculdade de Medicina de Lisboa)

**Palestrante:** Dr.ª Ana Silva Guerra (Hospital de S. José)

**13h30** Almoço de trabalho

**15h00** Nutrição no doente queimado

**Moderadora:** Dr.ª Ana Mendes (Hospital de S. João)

**Palestrante:** Dr.ª Fátima Xambre (Hospital de Sta. Maria)

**16h00** Tratamento das queimaduras pediátricas em Portugal

**Moderadora:** Dr.ª Susana Pinheiro  
(Centro Hosp. e Univ. de Coimbra)

**Palestrante:** Dr.ª Zínia Serafim  
(Clínica de Santo António - Lisboa)

**17h00** Coffee-break

**17h30** Mesa de Comunicações Livres

**Presidente:** Dr.ª Carla Diogo  
(Centro Hosp. e Univ. de Coimbra)

**Secretária:** Dr.ª Sara Ramos  
(Centro Hosp. e Univ. de Coimbra)

**19h00** Entrega dos prémios para a melhor comunicação livre e para melhor poster.

Encerramento da XI Reunião Científica Anual da  
Sociedade Portuguesa de Queimaduras

**19h30** Reunião Administrativa da SPQ

## MENSAGEM

Caro Colega:

Na qualidade de organizador da XI Reunião Científica Anual da Sociedade Portuguesa de Queimaduras (SPQ), cuja realização foi atribuída à Unidade de Queimados do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) na última Assembleia da SPQ realizada no Carvoeiro, em Setembro de 2013, é com todo o prazer que venho convidá-lo a participar no encontro desta grande "família" que ao longo dos anos se tem vindo a dedicar com assinalável sucesso ao tratamento das vítimas das queimaduras em Portugal, apesar de todas as carências e limitações decorrentes da situação sócio-económica nacional.

Esta reunião da SPQ está já marcada para o próximo 15 de Novembro de 2014 (sábado), nas aprazíveis instalações do Hotel Mercure, na Figueira da Foz, com início previsto para as 8h30.

O Programa Científico inclui a apresentação de uma palestra sobre o state-of-the-art em relação a diversos aspectos do tratamento das queimaduras, por parte de cada uma das várias Unidades de Queimados nacionais, seguindo-se naturalmente um período de debate, tão vivo quanto possível, sobre o tema em causa. Está também previsto um módulo de apresentação de Comunicações Livres e um espaço para apresentação de Posters, para o que chamamos a particular atenção dos Internos das várias Especialidades relacionadas com o doente queimado, uma vez que serão atribuídos Prémios para a melhor Comunicação e para o melhor Poster.

No fim da reunião científica terá lugar uma reunião administrativa da Direcção da SPQ, aberta a todos os membros que desejem participar.

Espero sinceramente que este encontro, à semelhança de anteriores iniciativas, constitua um êxito no plano científico e permita também um saudável convívio entre todos os participantes, e que a Figueira da Foz nos proporcione uma agradável estadia, se possível com um dia ensolarado, para melhor nos revelar a sua beleza.

A todos, votos de um óptimo Verão, e até Novembro!

Luís Cabral

Presidente da Sociedade Portuguesa de Queimaduras

## COMUNICAÇÕES LIVRES E POSTERS

Nos resumos dos trabalhos científicos deverão constar:

Título

Nome completo do Apresentador e do(s) Autor(es)

Contactos

Instituição

Tipo de Trabalho Científico:

Poster ☐

Comunicação Oral ☐

### Normas de Apresentação de Trabalhos Científicos

1. Os temas a versar devem enquadrar-se no âmbito do tratamento das queimaduras.
2. Pelo menos um dos autores de qualquer trabalho apresentado deverá estar inscrito no Congresso, sendo obviamente obrigatória a inscrição do seu apresentador.
3. As comunicações livres não deverão ter uma duração superior a 10 minutos.
4. Os resumos dos trabalhos deverão ser enviados em suporte informático para o Secretariado ([spq\\_reuniaoanual@gmail.com](mailto:spq_reuniaoanual@gmail.com)) até ao dia 25 de Outubro de 2014.
5. Os resumos deverão ser elucidativos, completos e sucintos quanto aos objectivos, metodologia, resultados e conclusões dos trabalhos.
6. Os Posters deverão ter como medidas máximas 90 cm (largura) por 120cm (altura).
7. A Comissão Científica reserva-se o direito de não aceitar qualquer resumo se entender que este não respeita as regras estabelecidas ou não apresenta nível qualitativo suficiente, podendo propor igualmente a alteração da forma de apresentação pretendida. Os autores serão informados da aceitação ou recusa até ao dia 01 de Novembro de 2014 não havendo recurso das decisões da Comissão Científica.

Mais informações poderão ser solicitadas através do nosso contacto directo (telemóvel: 966 220 975)

## **Anexo VII – 9<sup>as</sup> Jornadas do Doente Crítico**





## NURSING PROGRAMME

### 22 January day1

- 15.00 **Oral Presentations**  
Chairman: Jani Ferreira (CHLN, Lisboa)
- 15.45 **Coffee Break**
- 16.00 **Opening welcome**  
Miguel Oliveira e Silva, Catarina Batuca, Carlos França (Lisboa)
- 16.15 **A "momento" of sedation with FADO**  
Singer ("fadista"): Vânia Conde
- 16.45 **Oral Presentations**  
Chairman: Jani Ferreira (CHLN, Lisboa)

### 23 January day2

- Meet the expert**  
9.00 Chairman: Isabel Cardoso (CHLN, Lisboa)  
Safe staffing for nursing in ICU  
Filomena Maia (Ordem dos Enfermeiros)
- Quality and safety in nursing**  
9.30 Chairman: Jani Ferreira (CHLN, Lisboa)  
Pressure ulcers: prevention, evaluation and management  
Céu Rocha (CHLN, Lisboa)  
The challenges of managing a ICU  
José Alexandre (CHLN, Lisboa)
- Coffee Break**
- 10.30 **The patient, the family and the ICU: How do we communicate?**  
Chairman: Cristina Edra (CHLN, Lisboa)  
AssIsTÜ - A new approach in communication at the UCL. An experience in the UK  
Nuno Pinto (St Helier Hospital, St Helier Jersey)  
Family-centered care: the reality at UCIMC  
Ana Pinto, Filipa Gomes, Inês Nunes, Cristina Rocha (CHLN, Lisboa)

- 12.00 **Discussion: Nutrition in the ICU: our practice**  
Chairman: Vítor Ferreira (CHLN, Lisboa)  
Speakers: Márcio Nascimento (Serviço de Dietética e Nutrição, CHLN, Lisboa), Beatriz Fernandez (CHLN, Lisboa)
- 13.00 **Lunch**
- 15.00 **Challenges in the ICU**  
Chairman: Cristina Edra (CHLN, Lisboa)  
The rehabilitation nurse in patients with ECMO  
Eduardo Capitão (CHSJ, Porto)  
Assessment of pain and analgesia protocols  
Joana Mestrinho, Pedro Vieira da Silva (CHLN, Lisboa)  
Advanced cerebral monitoring in neuro-critical care  
André Leão (CHSJ, Porto)
- 16.50 **Organ Donor: how to maintain?**  
Chairman: Isabel Cardoso (CHLN, Lisboa)  
Organ donation: detection and active treatment of a possible donor  
Ana Fonseca (Hospital Fernando da Fonseca, Lisboa)  
ECMO in maintaining the non-heart beating donors  
Manuel González Romero (Hospital Clínico San Carlos, Madrid)
- 18.00 **Closing remarks**  
Zélia Costa e Silva (Lisboa)

#### Comissão Científica

João Gouveia (Coordenador)  
Álvaro Ayres Pereira  
Cristina Edra  
Isabel Cardoso  
Jani Ferreira  
João Ribeiro  
João Santos Silva

#### Comissão Organizadora

António Pais de Lacerda  
(Coordenador)  
Carlos Candeias  
Duarte Oliveira  
Rita Marçal  
Silvana Nazário

#### Organização

Departamento de Urgência e Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar Lisboa Norte  
Serviço de Medicina Intensiva  
(Diretor: Prof. Dr. Carlos França)

#### Inscrições

Nome, morada completa, e-mail, NIF\*  
jornadasdoentecritico@gmail.com  
(\* para emissão de recibo)

Pagamentos por transferência bancária NIB 0781 0112 0000 0009 088 64

Médicos: € 50.00; Enfermeiros, alunos € 30.00

Inscrição confirmada por e-mail após receção de comprovativo de pagamento identificado.



**as**  
**JORNADAS**  
**do DOENTE**  
**CRÍTICO**  
do CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE

**9th SYMPOSIUM**  
of the  
CRITICALLY ILL PATIENT

**22-23**  
**janeiro de 2015**  
Grande Auditório e Anfiteatro 58  
Edifício Egas Moniz, FML

**Presidente das Jornadas**  
Prof. Dr. Carlos França

**Secretariado**  
Serviço de Medicina Intensiva CHLN  
Telf.: 21 7 805 038  
jornadasdoentecritico@gmail.com  
www.hsm.min-saude.pt

**Curso BASIC**  
**21-22**  
**janeiro de 2015**  
CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE



CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE





## PROGRAMME

### 22 January

#### day1

- 14.30 **ECLS**  
Chairman: João Ribeiro, João Gouveia (Lisboa)  
Should I refer my patient to VV ECMO?  
João Gouveia (Lisboa)  
Mechanical ventilation during VV ECMO  
Thomas Mueller (Regensburg)  
Indications for VA ECMO  
Hugo Corte Real (Lisboa)
- 15.30 Discussion
- 15.45 **Coffee Break**
- 16.00 **Opening welcome**  
Miguel Oliveira e Silva, Catarina Batuca, Carlos França (Lisboa)
- 16.15 **A "momento" of sedation with FADO**  
Singer ("fadista"): Vânia Cande
- 16.45 **Severe ARDS management**  
Chairman: Fernando Rua (Porto), Carlos Candeias (Lisboa)  
Should we measure transpulmonary pressure?  
Fernando Rua (Porto)  
My algorithm/strategy to refractory hypoxaemia Recruitment in 2014  
Fernando Suárez-Sipman (Madrid)  
Heart Lung interactions in ARDS  
Miguel Tavares (Porto)
- 17.45 Discussion
- 18.00 **Neurocritical care**  
Chairman: José Miguens, João Santos Silva (Lisboa)  
What's new in refractory status epilepticus  
Filipa Falcão (Lisboa)

Practical approach to multi-modality neurological monitoring in TBI  
Celeste Dias (Porto)

18.40 Discussion

18.55 **1st day closing remarks**  
António Pais de Lacerda (Lisboa)

## 23 January

### day2

- 9.00 **Infections in the ICU**  
Chairman: Isabel Moniz, Luis Caldeira (Lisboa)  
Management of gram negative MR bacteria  
José Artur Paiva (Porto)  
Time for zero nosocomial infections!  
Álvaro Ayres Pereira (Lisboa)  
Antimicrobial treatment of complicated intra-abdominal infections in an era of multiresistance  
Christian Eckmann (Hannover)
- 10.00 Discussion
- 10.15 **CONFERENCE I**  
Chairman: António Pais de Lacerda, Germano do Carmo (Lisboa)  
Ébola  
Kamal Mansinho (Lisboa)
- 10.45 **Coffee Break**
- 11.15 **Trauma and bleeding**  
Chairman: Henrique Bento, Aline Branco (Lisboa)  
Damage control  
John Preto (Porto)  
Coagulopathy in Massive Bleeding  
Daniel Bolliger (Basel)  
7g for all?  
César Aldecoa (Valladolid)
- 12.10 Discussion

## 12.25 CONFERENCE 2

Chairman: Carlos Martins, Rui Ivo (Lisboa)

How many intensivists do we need in a hospital?  
José Artur Paiva (Porto)

12.55 **Lunch**

## 14.30 Acute Kidney Injury

Chairman: Arminda Ramos (Cascais), A. Gomes da Costa (Lisboa)

RRT modality and renal recovery after AKI  
José António Lopes (Lisboa)

SLED in the ICU Science and economics  
José Queirós (Porto)

When to use citrate?  
João Gouveia (Lisboa)

15.30 Discussion

## 15.45 Hemodynamic monitoring and management

Chairman: Raquel Marques, Rita Marçal (Lisboa)

Microcirculation monitoring - fact or fiction  
António Messias (Lisboa)

Resuscitation in sepsis – do we need protocols?  
Rui Moreno (Lisboa)

EUSOS and Optimise what impact on perioperative intensive care?  
César Aldecoa (Valladolid)

16.45 Discussion

17.00 **Coffee Break**

## 17.30 CONFERENCE 3

Chairman: Zélia Costa e Silva (Lisboa)

Principles for the implementation of an outreach system  
João Ribeiro (Lisboa)

## 18.00 Closing remarks

Zélia Costa e Silva (Lisboa)